МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

ДИСЕРТАЦИЯ

за присъждане на научна степен „Доктор на науките”

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Научна специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

ПРОМОТИВНИ И ПРЕВАНТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Проф. Диана Кръстева Иванова, дм

София, 2023

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....5

ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....8

1. **Промоция и превенция в здравните грижи – основни понятия**.....8

1.1. Профилактика на заболяванията - същност и значимост.....22

1.2. Характеристика на социалните фактори на здравето.....29

1.3. Типове социални фактори на здравето.....35

1.4. Здравословен стил и начин на живот.....38

2. Концептуални модели за сестрински грижи.....46

3. Социална значимост на Сърдечно-съдовите заболявания.....99

3.1. Епидемиология и профилактика на Сърдечно-съдовите Заболявания.....109

3.2. Идентифициране и анализ на основните рискови фактори при Сърдечно-съдовите заболявания.....138

3.3. Основни форми на Исхемична болест на сърцето.....154

3.4. Характеристика на Стабилна и Нестабилна стенокардия.....158

3.5. Остър коронарен синдром.....176

3.6. Епидемоиология и патогенеза на Миокардния инфаркт.....177

3.7. Патогенеза на атеросклерозата.....205

3.8. Ритъмни нарушения на сърдечната дейност – видове.....213

ГЛАВА II. Здравни грижи за първична и вторична профилактика при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....218

2.1. Наблюдение на общото състояние и измерване на показатели при пациенти със ССЗ.....218

2.2. Участие на медицинската сестра при провеждане на диагностични изследвания и провеждане на терапевтични процедури при пациенти със Сърдечно- съдови заболявания.....236

2.3. Сестрински грижи в предоперативния период.....258

2.4. Сестрински грижи в следоперативния период.....270

ГЛАВА III. Цел, задачи, материал и методи на проучването.....274
3.1. Цели на изследването.....274
3.2 Задачи на изследването.....274
3.3. Материали и методика на проучването.....275
3.4. Методи на проучването.....277
ГЛАВА IV: Резултати от проучването.....278
4.1. Медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания.....278
4.2. Начин на живот на пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....288
4.3. Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....296
4.4. Оптимизиране на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....307
ГЛАВА V: Промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....320
5.1. Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....321
5.2.Информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....328
Заключение.....329
Изводи.....332
Приноси.....337
Библиография.....339
Публикации във връзка с дисертационния труд.....361
Приложения.....363

Използвани съкращения

АКБ (CABG) - аорто - коронарен байпас

АС – атеросклероза

БТЕ - Белодробен тромбоемболизъм

ВБИ – вътреболнична инфекция

ЕКГ - електрокардиография

ЗД – захарен диабет

ЛДХ – лактат дехидрогеназа

ЛФК - лечебната физкултура

МИ – миокарден инфаркт

НАП - нестабилна стенокардия

ОКС – остър коронарен синдром

ОМИ – остър миокарден инфаркт

РТСА - преркутанната транслуминална коронарна ангиопластика

РФ – рискови фактори

САП - стабилна стенокардия

СГОТ - аланинаминотрансфераза

СГПТ - аланинаминотрансфераза

СКГ - селективната коронарография

СКАГ - селективна коронарна артериография

СН сърдечна недостатъчност

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

СПК - креатинфосфокиназа

СУЕ – утайка

ТГ - триглицериди

Въведение

Сърдечно-съдовите заболявания се причисляват към социално-значимите заболявания. Това са тези заболявания, които определят профила и структурата на смъртността и заболеваемостта в дадена страна или регион. Социално значимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Те са сред основните причини за заболеваемост и смъртност на населението в съвременните страни. Промените в начина на живот, разнообразните рискови фактори рязко променят честотата и повишават смъртността сред големи групи хора.

Сърдечно-съдовите заболявания представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Сърдечно-съдовите заболявания все още са основен фактор за инвалидизиране на населението и намаляване на качеството на живот. Честотата на ССЗ се увеличава през последните години и е голям социален проблем. Болестите на сърдечно-съдовата система включват заболявания на сърцето, исхемична болест на сърцето, артериалната хипертония, атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, ритъмните и проводните нарушения, заболяванията на сърдечните клапи, кардиомиопатиите, заболяванията на мозъчни съдове и периферни артерии, инсултите, инфарктите, сърдечните дефекти и много други заболявания. Най-честите форми на сърдечно-съдовите болести са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. Вероятността човек да се разболее от сърдечно-съдово заболяване представлява „риск” от тази болест. Такава вероятност съществува при всеки човек, но при някои хора рискът е по-голям, отколкото при други. Няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори” на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се

повлияват трудно (мъжки пол, напредване на възрастта, наследствена предразположеност), но може да се повлияват ефективно и да са обратими.

Профилактиката е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които обществото предприема за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. Профилактиката е защита, която действа още преди проявление на дадени заболявания, защита, която препятства появата им, а в друг етап – развитието и усложняването им в нежелана посока. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Предприемането на адекватни и навременни мерки е възможно да намали действието на рисковите фактори. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено понижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Здравната профилактика са всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото по предотвратяване разпространението на рисковите фактори и заболяванията и техните усложнения сред населението. Участието на обществото в здравната промоция се осъществява основно чрез партньорство; улесняване на диалога и постигане на консенсус; ангажираност; споделена отговорност; зачитане на достойнството; социална подкрепа; консолидация на дейностите; приоритетизиране на ресурсите.

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е приоритетна задача, залегнала в цялостната дейност на специалистите по здравни грижи с цел постигане на ефективни резултати и подобряване качеството на живот на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови

заболявания е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството на живот.

Подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е насочен към промоцията на здравето, запазването и възстановяването на здравето и качеството на живот, както и предотвратяването на болестта и се използва във всяка сфера на здравните грижи.

ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Промоция и превенция в здравните грижи – основни понятия

Здравето е „позитивна концепция подчертаваща психичното социално и духовно благополучие на индивида и неговите лични и социални ресурси в добавка към физическото благополучие" (WHO Health promotion glossary, 1998). Промоцията е организирано усилие на обществото за обучение на индивида свързано с проблемите на личното здраве и развитието на обществената система, която осигурява на всеки индивид стандарт на живот, адекватен на поддържането и подобряването на неговото здраве.

„Промоцията на здравето е процес, при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве, чрез повишаване на личната си и обществена отговорност." (СЗО, Харта на Отава 1986).

Основните принципи на Отавската харта за промоция на здравето от 1986 г. са насочени към:

- създаване на политика, укрепваща здравето;
- създаване на подходяща жизнена среда, укрепваща здравето;
- засилване на общественото участие в здравните дейности
- засилване на личната отговорност и развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на индивидуалното и общественото здраве;
- преориентация на здравната служба към промоция на здравето, междусекторно сътрудничество и партньорство за постигане на по-добро здраве.

Според Отавската харта формирането на лични умения за контрол над факторите на здравето и за неговото подобряване се основава на жизнените умения. С това понятие се означават способностите за адаптивно и позитивно поведение, които позволяват на индивидите да се справят с изискванията и предизвикателствата на всекидневния живот. Жизнените умения включват лични познавателни, психологически и други

способности, позволяващи на хората да контролират и управляват своя живот, да взаимодействат с другите хора и да променят жизнената среда. Към индивидуалните жизнени умения се отнасят, например, умението за общуване и за разрешаване на конфликти, умението за релаксация и справяне със стрес, умението за творческо и критично мислене, за решаване на проблеми и др.

Жизнените умения, свързани с укрепване на здравето, се наричат здравнозначими умения. Основните видове здравнозначими умения са:

- Индивидуални (лични) и обществени (организационни).
- Системно осъществявани и инцидентно прилагани.
- Насочени към човека и насочени към жизнената среда.
- Елементарни (прости) и комплексни (сложни).
- Насочени само към един и насочени към повече рискови фактори.
- С близък във времето ефект или с отдалечен във времето ефект.

Личните здравнозначими умения са ограничени в рамките на жизнената дейност на индивида и представляват способности за правилно извършване на определени действия - напр., умение за рационално хранене, за активен двигателен режим, за правилен режим на труд и отдих и др. Те имат фундаментална роля за промоцията на здравето и са свързани с ценностната система на индивида и личната мотивация за укрепване на здравето. Интегрираните лични умения са основа и съдържание на здравословния стил и начин на живот. Те са както цел, така и основно средство на промоцията на здравето. Обществените здравнозначими умения са необходими за осъществяване на промоцията на здравето като система от колективно съгласувани дейности - напр., умението да се мотивират други хора за промяна на определени поведенчески характеристики, умението да се организира и проведе здравнообразователна програма и др. Обществените умения имат решаващо значение за масовото формиране на лични здравнозначими

умения. Дейностите в областта на здравната промоция налагат да се отчита взаимовръзката между обществените и личните здравнозначими умения. Системно осъществяваните здравнозначими умения са редовно прилагани от индивида или организираната общност и са се превърнали в привични, типични поведенчески характеристики. Инцидентно прилаганите умения се използват несистемно, при случайно проявили се ситуации. Насочените към човека здравнозначими умения са способности за извършване на действия, фокусирани към самия индивид или към другите хора - напр., уменията за здравна самопомощ и взаимопомощ. Насочените към жизнената среда умения са центрирани към различни елементи на жизнената среда - напр. умение за опазване на средата чрез правилно съхраняване и обработка на битовите отпадъци. Важна характеристика на много умения е множественият им ефект, напр. уменията, насочени към себе си могат да имат ефект и върху другите хора, или да са насочени Стратегии за промоция на здравето и към околната среда, както и уменията, насочени към средата имат ефект върху здравето на хората, които я обитават.

Допълнените принципи (Декларация от Джакарта – 1997) са насочени към:

- развитие на социална отговорност за здравето;
- нарастване на инвестициите в здраве;
- разширяване на партньорството за здраве;
- повишаване на възможностите на личността и обществото;
- осигуряване развитие на инфраструктурата за промоция на здравето.

Основните механизми за осъществяване на промоцията на здравето са:

Включване – уважение към всички идеи, ценности и стандарти от организационната и културна структура на обществото с цел постигане по-високо ниво на здраве;

Уважение – уважение на човешкото достойнство, равенство, солидарност при отчитане на разликите в потребностите, ценностите и културата на отделния индивид или група;

Фокусиране – определяне на приоритета здраве.

Елементите на промоцията включват - фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло; целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори; подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението; поощряване участието на обществото и индивида при дефиниране на проблемите и вземане на решения за целенасочените дейности; подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика; окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа.

Промоцията е действие за подпомагане, съдействие, поощряване, поддръжка, укрепване, повишаване, подпомагане, утвърждаване на здраве. Фокусът на промоцията на здравето е ориентиран не към лечебните заведения, а към хората и институциите, които биха осигурили условия за по-здравословен начин на живот. На хората се дава възможност да не бъдат пасивни консуматори на здравните услуги, а да осъществяват по-добър самоконтрол върху собственото си здравно поведение като шанс за по-добро здраве. Основни принципи на промоцията на здравето са разработени от експертна група на СЗО през 1986 г. Те приоритетно са насочени към - създаване на социална политика целенасочено ориентирана към здравето; към създаване на жизнена среда, която укрепва здравето; към засилване участието на обществото като цяло, чрез въвличане на населението в неговия ежедневен живот. Усилията са насочени към развитие на личните умения, знания и възможности за укрепване на здравето. Необходимо е обединяване на различни, но допълващи се методи и подходи (социални, епидемиологични, икономически, културни, психологически, педагогически, етични, комуникационни, организационни

и др.) Здравната промоция е насочена към отговорност за здравето (на отделни лица, групи и общности, както и на институциите, организациите и секторите в обществената структура). Основните предпоставки за промоция на здравето са насочени към даване на възможности, подкрепа, координация, партньорство.

Промоцията на здравето е организирано усилие на обществото за обучение на индивида по проблемите на личното здраве и развитието на обществена система, осигуряваща на всеки индивид стандарт на живот, адекватен на поддържането и подобряването на неговото здраве (C. Winslow, 1923). Промоцията е „действие за подпомагане, съдействие, поощряване, поддръжка, подкрепа на растеж или развитие на нещо" (Webster's Dictionary, 9th Edition, 1984).

Целите на здравната промоция са насочени към:

- Превръщане на здравето в най-важната ценност за индивида и обществото;

- Превръщане на индивида и обществото в главен ресурс на здравните дейности

- Развитие на хората от обекти на медицинските дейности в субекти с отговорност за здравето си

- Утвърждаване на интегрален подход към здравето с участието на всички обществени сектори, институции и специалисти.

Елементи на промоцията:

- Фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло и утвърждаване на здравето като ценност;

- Целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори;

- Подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението;

- Поощряване участието на обществото и индивида при дефиниране на проблемите и вземане на решения за целенасочените дейности;

- Подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика;

- Окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа.

Приоритетите на здравните дейности

- от болния и болестта към здравия и здравето (акцент върху позитивното здраве);

- от регулиране на здравното поведение чрез външни въздействия към саморегулирането му;

- от правото на здраве към отговорността за здраве;

- от здраве за хората към здраве чрез хората;

- от медицински детерминизъм и професионална изолация на медицинските специалисти към партньорство и междусекторно сътрудничество (интегриран подход).

Здравното възпитание е целенасочен метод за създаване на положително лично поведение и подпомагане на индивида, групата и обществото като цяло, чрез придобиване необходимата информация за развитие на позитивни здравни характеристики, здравна мотивация и утвърждаване на положителни здравни навици и жизнени умения.

Здравната защита е съвкупност от правни, социални, финансови и други обществено регулативни мерки, целящи повишаване на позитивното здраве и създаване на благоприятна за здравето жизнена среда.

Здравната профилактика са всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото по предотвратяване разпространението на рисковите фактори и заболяванията и техните усложнения сред населението. Участието на обществото в здравната промоция се осъществява основно чрез партньорство; улесняване на диалога и постигане на консенсус; ангажираност; споделена отговорност; зачитане на достойнството; социална подкрепа; консолидация на дейностите; приоритетизиране на ресурсите.

Промоцията на здравето има за непосредствена цел постигането на промяна в поведението на индивида, водеща до укрепване и подобряване на здравето.

Подобна промяна е невъзможна без познаване на мотивите на човешкото поведение и факторите, които им влияят. Мотивите (мотивацията) на човешкото поведение се определят като вътрешни подбуди за действие или поведение. Те възникват върху основата на неудовлетворени потребности и са съставна част на всеки волеви акт.

Мотивите представляват съвкупност от психологически процеси, които активизират човешкото поведение, насочват го към постигането на определена цел и го поддържат стабилно във времето. Те са тясно свързани с ценностната система на индивида и йерархията на неговите потребности.

Чрез тях личността обосновава избора на определено поведение. Изучаването на мотивацията на здравното поведение на индивида позволява то да се променя в благоприятна за здравето посока.

Няколко основни фактора влияят върху личната здравна мотивация:

- Степен на осъзнаване на потребността от добро здраве.
- Място на здравето в ценностната система на индивида.
- Обем и характер на здравните знания.
- Отношението към собственото здраве и здравето на другите хора.
- Конкретната моментна ситуация, определяща емоционалното състояние на индивида, вътрешните и външни ограничители и възможности за избор на определен тип поведение.

Посочените фактори действат винаги взаимосвързано и липсата на някой от тях води до формиране на нетрайни мотиви и нестабилно здравно поведение. Например, една личност може да осъзнава необходимостта от добро здраве и да желае да го постигне чрез активни спортни занимания. Лицето има достатъчно знания за позитивните здравни ефекти на

редовното спортуване, но до този момент отношението към собственото здраве е пасивно.

Ако освен това има проблеми със свободното време, финансови пречки за достъп до спортни съоръжения, семейни проблеми и други затруднения, то мотивът за активно спортуване ще отслабне или изчезне, или ще се прояви в епизодични действия без сериозен здравен ефект. Мотивите на индивидуалното поведение се формират под влияние на стимули от личностен характер и под влияние на факторите от средата.

Предизвиканите от тях отговори могат да са или да не са свързани със здравето. Мотивите за повлияващо здравето поведение са от разнообразни естество и не е задължително да са свързани със здравето. Мотивацията е динамична и отразява достигнатия от индивида етап в приемането и практикуването на определено здравно действие. Важно влияние оказват индивидуалното възприемане на риска и на стратегиите за контрол върху риска, които са достъпни на индивида.

Здравните знания са един от факторите на здравната мотивация, като в много случаи не са нито достатъчно, нито необходимо условие за промяна на поведението. Знанията не винаги мотивират логични действия. Трансформирането на здравните знания в здравно поведение се осъществява чрез процес, включващ пет фази:

- Предоставяне на знания за правилно здравно поведение;
- Възприемане;
- Интерпретация;
- Значимост;
- Прилагане на знанията в действие.

Хората възприемат от предоставената информация тази, която желаят или намалява безпокойството и тревожността им. Интерпретацията на информацията зависи от личния опит, ниво на образование, ценностна система, икономически статус и др. Анализираната информация трябва да

има лично значение, за да предприеме индивидът действия. Често е необходимо развитието на лични здравнозначими умения като условие за реализиране на прехода знания-поведение. Здравните знания трябва да се инкорпорират от индивида по начин, засягащ позитивно убежденията и ценностите му към укрепващо здравето поведение. Ценностите пораждат персоналните нагласи и убеждения. Човек се чувства добре, когато знанията му са в съзвучие с ценностите и убежденията. В останалите случаи възниква когнитивен дисонанс. Sheth и Frazier развиват модел на смесен избор на стратегия за поведенческа промяна. Те предлагат четири основни процеса на планирана индивидуална промяна, всеки от който е подходящ за една от четирите комбинации съвпадение/разминаване на наличните убеждения и поведение. Например за ситуация, в която индивидът има положителна нагласа и убеждения относно определено здравно поведение и го извършва, е необходимо извършване на процес на психологическо и поведенческо закрепване, като напр. подкрепа и позитивно отношение на приятелския кръг и семейството, създаване на условия за продължаване на практикуването на поведението и др. Модел на когнитивния дисонанс, предложен от Festinger.

Моделът обяснява, защо хората действат често по нерационален и непоследователен начин Дисонансът е психологически неприемлив и дискомфортен за индивида, който се стреми да постигне състояние на консистентност. Индивидът активно избягва ситуации и информация, които увеличават дисонанса и избирателно приема знания, които намаляват дискомфорта. Напр. дългогодишен пушач отбягва телевизионни предавания и беседи с професионалисти и с приятели за вредата от тютюнопушенето, но приема като удовлетворяваща информацията за протективния ефект на тютюнопушенето по отношение развитието на болест на Алцхаймер.

Йерархията на потребностите, разработена от Maslow също може да бъде използвана при анализа на човешкото поведение и при планирането на поведенческа промяна. Тя показва подреждането на основните ценности на индивида в йерархична структура. Удовлетворяването на базисните потребности доминира над потребностите от върха на пирамидата. Част от потребностите, осигуряващи добро здраве се отнасят към базисните потребности, а други от тях – към потребностите от по-висш порядък. За да живеят, за да бъдат здрави и щастливи, хората се нуждаят от храна, въздух, сън и т.н. Човек удоволетворява тези потребности самостоятелно през целия си живот. В някой случаи определено поведение на човека, и някой заболявания предизвикват нарушения на функциите на един или друг орган, на една или друга система, пречи на нормалното задоволяване на потребностите и води до дискомфорт. През 1943г. американския психолог А.Маслоу разработва една от теориите за йерархията на потребностите.Според неговата теория някои потребности са по-съществени от други. Той ги клацифицира в йерархична система:от физиологичните/низше ниво/ до потребностите за себеутвърждаване/висше ниво/.А.Маслоу изобразява нивата на човешките потребности във вид на пирамида. Преди да се мисли за задоволяване на потребностите от висше ниво, трябва да бъдат удоволетворени нуждите от по-нисък порядък, т.е. физиологичните нужди. За да живее, човек се нуждае от удовлетворяване на физиологични потребности от въздух, храна, вода. Физиологичните потребности са еднакви при всички хора, но се възприемат и чуствт по различен начин.

Rosenstock подчертава влиянието на редица модифициращи фактори върху индивидуалното възприемане на заплахата от заболяване:

- възраст, пол, етническа принадлежност; личностни особеност; социално-икономически фактори; знания; възприеманите симптоми; информация от медиите; семейство и приятели и др. Друга теория за

индивидуалната поведенческа промяна е теорията на социалното заучаване, предложена от Bandura. Авторът посочва, че поведението на индивида се определя от личните очаквания и подбуди, и оценката му за ефективност на собствените действия и по-специално: убеждения за това как са свързани събитията причинно-следствено; последиците от дадено действие (поведение-резултат); компетентността/умението да се извърши действието, за да се получат определени резултати. Теорията за протективната мотивация на Roger включва концепцията за себеефективност от предходната теория. Базира се на баланса между два възможни отговора на познавателната оценка, давана от индивида за получаваната здравна информация - оценка за заплаха и оценка за справяне.

Оценката за заплаха измерва факторите, които увеличават или намаляват вероятността за неблагоприятен здравен отговор. Факторите, увеличаващи вероятността за неблагоприятно поведение могат да бъдат вътрешни (удоволствие) или външни (социално одобрение). Намаляващите вероятността фактори са оценката за тежестта на заплахата и възприеманата податливост към нея. Общата оценка на заплахата е сума от променливите, увеличаващи и намаляващи вероятността за неблагоприятен отговор. Оценката за справяне е факторът, който определя дали ще се развие подходящ адаптивен отговор. Тя е функция от възприеманата ефективност на отговора за преодоляване на заплахата и себеефективността на индивида в осъществяването му минус цената, която индивида определя за извършване на адаптивните действия. Това е балансирано по отношение на възприеманите бариери. Теорията за протективната мотивация предлага възможности за количествена оценка за успеха на даден модел на поведение.

За описание на интегралния начин на съществуване на индивида или човешката група, формиран в резултат на взаимодействието между

жизнените условия и индивидуалното поведение и под влияние на личностни характеристики, социално-икономически и културни фактори се използва понятието "начин на живот". Начинът на живот се отнася за устойчиви и продължителни във времето модели на поведение. Той включва както съзнателно насочените към здравето действия, така и несъзнателни здравно-свързани поведения и навици, които се упражняват с друга цел, но имат позитивен или негативен ефект върху здравето. Разглеждането на здравното поведение като елемент от начина на живот налага при обсъждане на методите за неговата промяна да се отчита влиянието на социалните норми, културните ценности, икономическите и други условия на жизнената среда. Безусловно, начинът на живот влияе върху човешкото здраве и участва както в създаването на добро здраве, така и в патогенезата на най-честите хронични болести.

Съществуват два основни модела на начин на живот:

- позитивен, здравословен, укрепващ здравето;
- негативен , нанасящ вреда на здравето. Здравословният начин на живот представлява система от дейности, съзнателно насочени към укрепване, опазване и поддържане на здравето на индивида и обществото. Той е синтезиран израз на типичните за даден индивид или група черти на позитивно здравно поведение. Позитивното здраве е такова състояние на индивида и групата, при което не се наблюдават никакви болестни симптоми и е налице био-психо-социален оптимум. Разбирането на позитивното здраве е свързано с представата за качеството на живота и потенциалните възможности на човека за удовлетворяване на неговите жизнени и творчески потребности.

Индикаторите на позитивното здраве включват:

1. Относителен дял на лицата без болестни симптоми през дадена година (индекс на здравето).

2. Данни за физическо развитие:

- антропометрични показатели (ръст, тегло, гръдна обиколка)
- показатели за физическа дееспособност (мускулна сила, витален капацитет, редица функционални показатели)

3. Показатели за здравна информираност:

– процент на хората с основни познания за водещите рискови фактори, процент на учениците, посещаващи курсове за сексуално възпитание

4. Показатели за здравно поведение:

– процент на лицата с регулярна физическа активност
- процент на лицата с рационално хранене
- процент на лицата правилно използващи контрацептивни средства
- процент на жените без аборт по желание
- процент на възрастните хора с осигурен 7 часов сън през денонощието
- процент на лицата с любими творчески занимания
- процент на семействата с придобито умение да контролират емоционалния стрес.

В трудни ситуации, в стресови ситуации личността усилено се стреми да регулира усещанията си за страх по отношение на неговата продължителност и степен на изразеност. Опитва се да обхване едновременно всички действащи стресори, търси информация от различни източници за това какво да прави, формулира очакванията си като надеждни, ако това е възможно. Предприема стъпки или си поставя междинни цели, които е в състояние да определи и които счита за постижими в дадената ситуация, възстановява връзки с личности, които представляват авторитет за него, докато опитва модели на поведение, преценява адекватността на своите постъпки и личната си удовлетвореност, ако постигне обещаващ подход при справянето личността го прилага енергично и упорито.

Всеки човек е отговорен:

- да цени собственото си здраве и това на другите в семейството и общността.
- да търси информация, свързана с превенцията на болестта и промоцията на здравето.
- да възприема здравословен начин на личен живот навсякъде, където има тази възможност.
- да приеме факта, че съществуват възможности да моделира собственото си здраве и да повлиява здравето на другите в общността.
- да търси и поддържа активно отношение към живота и да проявява уважение към достойнството на другите.
- да приеме факта, че има възможност да прави избор като личност, като потребител и партньор, с който избор определя собственото си здраве и бъдеще, както и това на другите в общността.

Личната отговорност за здравето има ключово значение в процеса на демократизация и хуманизация на клиничната практика и практиката на общественото здраве. Съществува обаче неувереност от страна на съвременния човек да поеме отговорностите, свързани с опазването и укрепването на неговото здраве. Зад тази неувереност се наблюдават такива явления като:
- недобро познаване на правата и дължимото поведение по отношение на здравето;
- липса на убеденост в големия потенциал и ефективност на стратегиите за справяне с рисковете за здравето в сравнение с ползата, която носят другите видове здравни дейности;
- липса на критичен интерес, на заинтересованост и загриженост към собственото здраве и здравно поведение;
- уязвимост на човека, породена от наличието на заболяване.

Промоцията на здравето има за цел формиране на здравословен начин на живот. Обект на тази дейност е личността с нейните неповторими индивидуални характеристики, ценности и уникален начин на живот. Промоцията на здравето се опира на индивидуален подход при формирането на здравословен начин на живот.

Здравословният начин на живот се характеризира с:

- Активно отношение към собственото здраве, наличие на позитивна здравна мотивация, усвояване на умения за укрепване и подобряване на здравето.

- Наличие на позитивни здравни навици при отсъствие на основни вредни за здравето фактори.

- Наличие на умения за здравна самопомощ и взаимопомощ.

- Готовност на индивида за участие в решаване на проблемите на общественото здраве в резултат на разбиране на връзката между личното и общественото здраве, жизнената среда и нейните фактори.

Промоцията на здравето е нова философия и начин на мислене, знак за зряла държавност и за развито гражданско общество. Само колективното здравно поведение и убежденията на много хора биха могли да повлияят положително върху общественото здраве.

1. 1. Профилактика на заболяванията - същност и значимост

Профилактиката включва комплекс от мероприятия, които са насочени за предотвратяване на дадено заболяване или на неговите усложнения. Този процес най-често се осъществява чрез ограничаване на негативните рискови фактори. Профилактиката е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които обществото предприема за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици (хронификация или трайна неработоспособност-

инвалидност) и преждевременните умирания. За профилактични мерки се смятат всички такива, които са предприемани от здравните специалисти и обществото като социална организация, по защита и предотвратяване разпространението на рискови фактори за заболявания и техните усложнения сред населението. Смисловото значение на профилактиката е защита, която действа още преди проявление на дадени заболявания, защита, която препятства появата им, а в друг етап – развитието и усложняването им в нежелана посока. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия.

Основното значение на профилактиката е промяната в начина на живот на хората, ограничение на действието на негативните рискови фактори. Здравето и болестта на човек са биологични явления, но те не са водещи – проявяват се чрез условията и стила на живот. Основната цел на профилактиката е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството на живот. Здравето на населението се разглежда като статистическо понятие, което се характеризира комплексно от демографските показатели – раждаемост, смъртност, ниво на физическо развитие, заболеваемост, средна продължителност на живота, а така също и от специални социално-биологически изследвания. Според СЗО „Здравето е пълно физическо, психическо или социално благополучие на индивида, а не само липсата на болест или недъг”. През периода на живот човешкия организъм се сблъсква с различни влияния – от известни и неизвестни фактори, които могат да доведат до заболяване и болест. Заболяването е динамичен процес, който преминава през стадии на възникване, протичане, лечение и излекуване. Познаването на естествения ход на заболяването е фундаментално за откриване на най-ефективните подходи за успешното прекъсване или промяна на болестния процес за пациента, за семейството или общността. Естествения ход на заболяването представлява процеса на неговото хронологично протичане. То включва

фактори, които са свързани с възникването, диагностиката, клиничното протичане, лечението, краткосрочните и дългосрочните последствия (последващи фази или усложнения) и факторите на окръжаващата външна среда или тези на вътрешната среда на организма (генетични или поведенчески), които въздействат върху този процес, както и видовете интервенции (здравни дейности), които се прилагат в зависимост от стадия на заболяването.

Болестта е периода през който протича процеса на заболяването и отразява нарушаване на една или повече жизнени, социални и психични функции на организма. Изхода от заболяването може да бъде в няколко направления:

– пълно излекуване (здраве);

– хронификация на болестта;

– трайно увреждане на организма;

– смърт.

В съвременната концепция за здравето то се определя като ценност, благодарение на която индивидът или цялата група, е в състояние да реализира своите житейски планове и да променя средата. Здравето се разбира и като богатство за обществото, гарантиращо неговото социално-икономическо развитие. Здравето е и средство за и в ежедневния живот, правещо възможно неговото по-добро качество. Като се взима предвид холистичната или цялостна концепция за здравето се различават четири негови измерения:

– Физическо здраве – правилно функциониране на организма и неговите системи и органи;

– Психично здраве, състои се от:

- умствено здраве – способността за ясно, логично мислене
- емоционално здраве – способността за разпознаване и изразяване

на чувствата по подходящ начин; умение за справяне със стреса, напрежението, депресията и страха;

- социално здраве – способността за поддържане на адекватни релации между хората и изпълнение на социалните роли;
- духовно здраве – при някои хора е свързано с вярванията и религиозните практики, при други се отнася до поддържането на вътрешно спокойствие.

Профилактиката има четири фокуса:

- Профилактика намаляваща риска от възникване на болестен процес;
- Профилактика намаляваща прогресията на болестния процес;
- Профилактика на предотвратими усложнения при възникнал болестен процес или нежелано състояние – напр. лечение на артериална хипертония;
- Профилактика на рецидиви – напр. физическа, психическа и социална рехабилитация при мозъчен инсулт.

В зависимост от интервенцията и етапите на развитие на патологичния процес в организма, профилактиката се разглежда в четири нива: пред първична, първична, вторична и третична. За да се развие даден процес е необходимо съчетание на няколко рискови фактори и възприемчив индивид. Началото на патологичния процес започва, когато нивото на фактора или групата фактори налице. Следващият стадий е безсимптомния, предклиничен стадий, без клинични изяви само с функционално-диагностични или лабораторни отклонения. Този стадий може да се установи чрез подходящи скринингови тестове. Следва клиничната изява на заболяването, след което изходът може да бъде: оздравяване, хронифициране, инвалидизиране или смърт. Болестният процес протича с различен ход, интензитет и изход. Този ход се нарича – естествен ход на заболяването. Основната цел на пред-първичната профилактика е да предотврати появата и развитието на дадено заболяване и да установи кои социални, икономически и поведенчески модели на

поведение до най-голяма степен допринасят за повишаване риска от заболяване.

Нивата на профилактика са – преморбидна, първична, вторична и третична.

Преморбидната профилактика е насочена към началния стадий на контакт между рисковия фактор и възприемчивия индивид и приложима върху цялото население или рискови групи.

Първичната профилактика има своето значение преди факторите да са довели до отключването на болестния процес. Основната цел на първичната профилактика е да предотврати възникването на такива социални, икономически и културни модели на живеене, за които е известно, че допринасят за увеличаване на риска от дадено заболяване. Първичната профилактика се прилага към цялата популация или в избрани групи с висок риск. Експозиционната първична профилактика е насочена към цялата популация и е свързана с подобряване на условията на външната среда. Диспозиционната профилактика е насочена към групи с висок риск от заболяване. Очакваните ползи от първичната профилактика са за индивида и семейството чрез предотвратяване на заболяване, стрес, финансови загуби и др.; за обществото чрез изграждане на работоспособна популация, която е годна да създава културни, духовни блага, по-високо качество на живот; за държавата чрез икономически и социални ползи. Най-голямо приложение първичната профилактика намира при липса на заболяване и дори на симптоматика.

При вторичната профилактика усилията са насочени към спиране на прогресията на вече появило се заболяване – ранно откриване на заболяването и действия за ограничаване на неговото развитие. Голяма част от хората осъзнават промените в здравословното си състояние, но проявяват по-голям интерес към терапевтичните, а не към профилактичните възможности на медицината. От това до колко

пациентът приема социалната роля на болен, зависи и неговото поведение по отношение на собственото здравословно състояние. Има фактори, които пречат на превантивната активност на индивида правейки рисковия начин на живот предпочитания избор. Най-голямо приложение вторичната профилактика намира при липса на симптоми, но при наличие на заболяване или при заболяване което може да се диагностицира.

Целта на третичната профилактика е да се подобри качеството им на живот, да се ограничат усложненията и инвалидността - да се намалят последствията и усложненията на вече развило се заболяване чрез диспансеризация на заболяванията, лечение и ресоциализация на индивида. Използваните методи на третичната профилактика са физическа, социална и психическа рехабилитация при болни с напреднала степен на болест и недъг. Най-голямо приложение третичната профилактика намира при диагностицирано заболяване с налична симптоматика.

Първичната и вторичната превенция включва групи от стратегии по промоция на здравето, обвързващи се с намаляването на специфичните рискови фактори – редуциране употребата на никотин, затлъстяването, по-адекватни навици при хранене, увеличаване на физическата активност. Те изискват институционално съдействие, образоване на населението, адекватна информационна система за мониторинг на заболеваемостта и разпространението на рисковите фактори и компетентна медицинска общественост. Тези дейности трябва да имат популационно базиране и индивидуална насоченост. Популационно базирани програми, функциониращи с цел промяната на начина на живот и навиците се превръщат в общовалиден способ за здравно-политически решения в помощ на общественото здравеопазване.

Нивата на профилактичните мерки са в началното взаимодействие между рисковата експозиция и възприемчивия индивид; безсимптомен клиничен стадий – това са промени на ниво на организма, които обаче

нямат ярко изявена клинична изява и ясно установими клинични белези; клинично изявено заболяване (ранен) – открива се с обичайните методи на диагностиката; следлечебен (късен) стадий на заболяването – може да протече в различни направления – клинично оздравяване, хронификация на заболяването, трайно увреждане на организма или смърт.

За да бъдат успешни профилактичните мерки се изработват профилактични програми, на които се прави оценка на всеки етап.

Оценка на реализацията – отчита се степента на осъществяване на планираните профилактични дейности и обхвата на планираната (целевата) популация. Сравняват се извършени с предварително планирани дейности, и ако се установи, че има разминаване в планирани и осъществени, то реализацията е ниска и не се преминава на последващите етапи на оценка.

Оценка на ефектите – отчита се степента на постигане на предварително планираните цели. Преди започването на профилактичната програма трябва да се дефинират предварително критерии и индикатори за измерване, които да дават възможност за оценка на ефектите. Ако при оценката има разминаване или непокриване на предварително дефинираните индикатори, то програмата не е постигнала ефектите си и не се преминава на следващо ниво на оценка.

Оценка на процеса – оценяват се в детайли последователните стъпки на програмата, нивото на рисковите фактори и промените в заболеваемостта във времето чрез подходящо избрани системи на мониториране и контрол. Целта е да се определи по какъв начин отделните компоненти на програмата, интегрирани с дейността на отделните здравни звена и действията на общността постигат целите на програмата.

Оценка на последиците – това може да са случайно изявени последици, които не са планирани в програмата, но водят до извести промени в социалната, психологическата и друга среда.

Оценка на разходите – за осъществяването на тази оценка се прилагат преди всичко икономически методи като разход-полза, разход-ефективност и т.н., като дава информация за ефективността на разходваните средства.

Основната цел на профилактиката на заболяванията е да предотврати заболяването или неговите усложнения.

1.2. Характеристика на социалните фактори на здравето

В последните години се отбелязва повишен интерес към изучаване ролята и мястото на социалните фактори във възникването на редица заболявания. Това се обяснява се с бързите изменения в структурата на заболеваемостта и смъртността по причини, с промяната в клиниката на редица заболявания. Според различните автори това се дължи на нарушените биологични възможности за адаптация на организма, новите повишени изисквания към човека, бързият технически прогрес и др. Социалните фактори в живота на човека не са абстрактни понятия, а реалност, която все повече занимава умовете на различни изследователи. Интензификацията на труда, условията на живот и почивка, качествения и количествения състав на храненето, психо-емоционалните фактори, съвременните средства за комуникация, системата на здравеопазване, нивото на култура и др. – това са фактори, имащи определено отношение към здравното състояние на човека. Бързите темпове на техническия прогрес, в редица случаи, води до несъответствия между санитарно-хигиенните и медицинските изисквания на новите условия на труд, до несъответствия между биологично-приспособителните възможности на организма и социалните условия, взети в цяло. Създадената от човека изкуствена среда на живот все повече го обгражда и предпазва от прякото въздействие на факторите на външната среда, но тя не винаги е безопасна и социалните фактори заемат все по-голямо място в етиологията на

съвременната патология. Вероятността да се достигне до идеално съчетание на биологичната със социалната адаптация е сложен проблем, който в съвършен вид е трудно за постигане. Общопризнато стана разделението на факторите, влияещи на здравното състояние на човека на външни и вътрешни.

Външните ги подразделят на социални и природо-географски. Към социалните отнасят цялата съвкупност от обществено-икономически отношения (икономика, техника, култура, бит, традиции, морал, политика, навици, религии и много други), а към природо-географските – предметите и явленията от живата и неживата природа (релеф, климат, атмосфера, вода, растителен и животински свят и др.).

Към вътрешните или биологичните се отнасят: пол, възраст, конституция, етническа принадлежност, наследственост, тип на обмяна на веществата, тип нервна система. Всички тези фактори се намират в сложни взаимоотношения и е трудно понякога да се определи кои от тази съвкупност фактори са водещи при възникването на дадено заболяване.

Социалните фактори на здравето нямат единна квалификация. Най-често се изхожда от социологическата структура на обществото, според която те се разпределят в пет главни групи:

- Фактори, свързани с материалното производство;
- Фактори, свързани с възпроизводството на човека – бит, семейство, образование, възпитание, здравеопазване;
- Фактори, свързани с духовното производство - наука, изкуство, морал, политика, право, религия;
- Фактори, свързани с комуникациите – транспорт, език, печат, радио, телевизия;
- Фактори, свързани с управлението – многообразните институции и дейности по управление на социалния живот.

Тези фактори не са изолирани, а са взаимно свързани. Познаването им дава възможност за разкриване на механизмите на разпространение на заболяването сред населението. Оценката на общественото здраве изисква споменатите фактори да се изучат цялостно, в тяхната взаимовръзка, динамика и взаимозависимост, с оглед разработването на реалистична здравна политика. За практически цели социалните фактори на здравето могат да се квалифицират в три групи:

- Социална макросреда;
- Социална микросреда;
- Личностни фактори.

Факторите на социалната макросреда (политически, икономически, културни, религиозни, етнически и др.) са сравнително трудни за изследване, те могат да бъдат обект на специално програмирани изследвания, когато анализираме показателите на обществото, груповото или индивидуално здраве. Социалната макросреда е непосредственото обкръжение индивида, ежедневните социални контакти и т.н.

Социалната микросреда е представена главно от семейството, приятелската среда и професионалната среда. Най-важен елемент на социалната микросреда е семейството, което най-често е определящ фактор на здравето. То може да укрепва или да разрушава здравето на своите членове.

Семейството се разглежда като социална група от хора, свързани с брачни и родствени отношения, общност на бита и взаимна морална отговорност. Заедно с това семейството е социален институт. То е институирана общност, изграждана на основата на брака и породената от него морална и правна отговорност на съпрузите за здравето и възпитанието на децата. Семейство са две или повече лица, които са свързани помежду си с определена степен на родство по кръвна връзка и в резултат на брак или осиновяване, когато живеят съвместно и имат общ

бюджет. Членовете на семейството са свързани с взаимна морална отговорност и социална необходимост, породена от нуждата на обществото да се възпроизвежда физически и духовно.

Три са основните разновидности на семейството:

- пълно нуклеарно семейство, което се състои от родители и неженените им деца;

- непълно нуклеарно семейство, когато брачните партньори нямат деца или с неженените деца е останал един родител или член от предходното поколение (баба, дядо);

- сложно семейство, което освен родители и децата им включва и други поколения (баба, дядо, прабаба, прадядо) или други роднини (леля, вуйчо, чичо и др.).

Основните функции на семейството са:

- Възпроизводство, възпитание и подготовка на човека за социален живот;

- Производство на средства за живот и организация на тяхното потребление;

- Задоволяване на емоционални и сексуални потребности;

- Подкрепа на членовете на семейството.

Семейството е важен фактор за формиране на поведението и мирогледа на личността. В семейството най-напред се изработва ценностната ориентация - системата от оценки за добро и лошо, приемливо и неприемливо, полезно и вредно, морално и неморално. За определяне на семейното здраве е особено подходяща най-често използваната дефиниция за здраве, записана в Конституцията на СЗО, а именно "състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг". Въпреки критиките на редица автори, че това определение звучи неясно и "утопично", особено по отношение на "социалното благополучие", за което няма точни и единни критерии, неоспорим факт е, че семейното здраве е в тясна зависимост със социално-

икономическия статус на семейството. Считаното за по-реалистично определение на здравето като "състояние на динамично равновесие между индивида и окръжаващата го среда" е също подходящо да се използва, когато разглеждаме семейното здраве. Общоприето е семейството да се счита за здраво, когато осигурява възможност на всеки от членовете си адекватно да изпълняват своите функции в обществото. При семейното здраве могат да се разглеждат три аспекта: биологичен, психологичен и социален. От биологична гледна точка, явленията наследственост, изменчивост и адаптивност обуславят физическото и психическото здраве на членовете на семейството. Психологичната страна на семейното здраве е тясно свързана с взаимоотношенията в семейството, т. нар. психоклимат. Социалните последици от нарушеното здраве на членове от семейството, характеризират социалната страна на семейното здраве. Поради тесния контакт на лицата, които образуват едно семейство и многоаспектността на функциите на тези, макар и малка социална група, съществува взаимозависимост между здраве и семейство. Това означава, че не само здравето зависи от семейството, но и съществуването на семейството зависи от здравето. Семейството влияе върху здравето на своите членове директно и индиректно. Пряка зависимост има при наследствените заболявания, болестите предавани по полов път, при въздушно-капковите инфекции, при болести, в етиологията на. които играе роля битовия контакт и лошите хигиенни навици. Непряката зависимост "семейство-здраве" се наблюдава при всички заболявания, които възникват във връзка с:

- начин на живот (хранене, режим на труд и почивка, вредни навици и др.);
- ниска здравна култура;
- нездравословен психоклимат.

Здравето, от своя страна, може да повлияе позитивно или негативно върху отделни функции на семейството и дори да доведе до пълното му разпадане:

- възпроизводителната функция може да бъде нарушена от стерилитет при брачните партньори, причинен от различни по етиология заболявания;
- производството на средства за живот се нарушава при наличие на болен с хронично заболяване и продължителна нетрудоспособност, психично болен, инвалид, алкохолик, наркоман;
- незадоволяването на емоционалните и сексуални потребности може да настъпи при редица заболявания, които протичат с нарушаване на потентността и психичното равновесие;
- подкрепата на членовете на семейството също може да бъде повлияна негативно, когато трайно нарушеното здраве на член от семейството изчерпи емоционално и физически другите и/или засегне икономическата стабилност на семейството;
- възпитанието и подготовката на децата за социален живот страдат особено силно при психично болен родител, алкохолик или наркоман.

Социалната медицина, чиито предмет е общественото здраве, с особено голямо внимание изучава семейното здраве във връзка със здравното обслужване на тази социална група. Семейното здраве не е прост сбор от индивидуалното здраве на отделните членове на семейството. СЗО препоръча статистически показатели за измерване па семейното (фамилното) здраве, част от които съвпадат с използваните за оценка и на общественото здраве.

Едно от основните теоретични заключения на провежданите епидемиологични изследвания е, че нито едно заболяване не може да е резултат само от въздействието на една единствена причина, а от взаимодействието на много фактори. При такава постановка на въпроса,

търсенето на ясно обособена причинно-следствена зависимост в областта неинфекциозната патология е много трудно. Въпросът за принадлежността на социалните фактори и за тяхното място в причинно-следствените взаимоотношения е особено актуален днес в областта на хроничните неинфекциозни заболявания.

1.3. Типове социални фактори на здравето

Детерминанти на здравето са индивидуалните, социалните, културните, икономическите и екологичните фактори, влияещи върху здравето на отделните хора и народи. Обхващат широк кръг от фактори като доходи, заетост, образование, социално подпомагане и др. Детерминанти на здравето са фактори, които влияят здравен статус и определи здраве диференциали или неравнопоставеността в здравеопазването. Те са много и разнообразни и включват например природни, биологични фактори (например възраст, пол и етническа принадлежност); поведение и начин на живот (напр. тютюнопушене, консумация на алкохол, диета и физически упражнения), физическа и социална среда (например качество на жилищата, работното място и по-широката градска и селска среда) и достъп до здравни грижи (Lalonde, 1974; Labonté 1993). Всички те са тясно взаимосвързани и разликите в тяхното разпределение водят до неравенства в здравеопазването. В съвременната концепция за здравето то се определя като ценност, благодарение на която индивидът или цялата група, е в състояние да реализира своите житейски планове и да променя средата. Здравето се разбира и като богатство за обществото, гарантиращо неговото социално-икономическо развитие. Здравето е и средство за и в ежедневния живот, правещо възможно неговото по-добро качество.

Обществото се разглежда като икономическа, социална и индустриална инфраструктура, която се изгражда от различни общности от

индивиди. За общностите е характерно, че индивидите в дадена общност живеят по такъв начин или при такива условия, които им осигуряват взаимна полза.

Детерминантите на здравето от социалната среда са основно – социални, културни, икономически и политически фактори. Те моделират опитността на хората в здравето и тяхното благополучие. Тези фактори са свързани с икономическата система, правната система, културната система.

Факторите на жизнената среда са основно – води за питейно-битови нужди; минерални води за профилактични, лечебни или хигиенни нужди; шум; обществени сгради; химични фактори и биологични агенти в обектите с обществено предназначение; курортни ресурси; въздух.

От социалноикономическа гледна точка се предлагат четири групи теории за обяснение на съществуването на неравнопоставеност в здравето:

- структурна (материалистическа) теория, според която несъответствието на ниво доход на хората води до недостиг на ресурси за справяне с различните стресори в живота, който от своя страна е рисков фактор на здравето.
- психо-социален модел – според него дискриминацията, на основата на социалния статус на човека в социалната структура, води до стрес, отключващ невроендокринен отговор, който от своя страна води до болестно състояние.
- модел за социалните ефекти върху здравето, който се основава на възгледа, че такива социални приоритети като: увеличаване на социалните блага, капитала, престижа и материалните активи се постигат за сметка на хората в неравностойно положение.
- екологично-социална теория – този модел съчетава психо-социални и социални измерения на моделите на здравето; разглежда взаимоотношенията на човека със социалната и жизнена среда; моделът се

основава на теорията, че изборът на стил на живот се повлиява от шансовете в живота на хората, определени от средата, в която те живеят.

Известни са фактори, за които има научни доказателства, че водят до общо подобряване на общественото здраве. Това са подобрения в околната среда, добра хигиена и чиста вода, по-добро хранене, широко прилагане на програми за имунизации, добри жилищни условия.

Социалните несъответствия се разглеждат като градивни единици на съществуващите различия в здравето и здравните несъответствия. Редица изследвания посочват няколко ключови измерения на социалните различия на популационно ниво – класа, статус, образование, възраст, пол, раса, етнически групи, трудова заетост, доход, привилегировани групи, религия, национална принадлежност и местоживеене. Всички тези фактори повлияват здравето комплексно. Някои от факторите много често се свързват с неизгодното социално положение на хората, докато други зависят от контекста. Ето, защо има различия в стандартите за социална справедливост във времето и между различните култури. Експерти на СЗО в Европейски район, обобщават доказателствата за социалните детерминанти на здравето в десет направления – социални различия; стрес; ранно детство; социална изолация; трудова среда; безработица; социална подкрепа; зависимости; хранене; транспорт.

Програмите на комисиите по социалните детерминанти на здравето са фокусирани най-вече към няколко широки област, които съдържат по-важните детерминанти на здравето. Това са:

- Развитие в ранното детство – съществуват доказателства, които показват, че възможностите, които се осигуряват на децата в ранна възраст са критични за здравето и здравния статус през целия им живот;
- Глобализация – как динамиката и процесите на глобализация повлияват здравните резултати;

- Измерване и доказателства – изграждане на методологии и средства за измерване на причините, пътищата и здравните резултати от политическите интервенции;
- Урбанизация – идентифицират се интервенции за по-здравословен процес на урбанизация;
- Социално изключване (маргинализация) – социални отношения, които водят до изключване на някои групи хора от пълноценно ангажиране в обществения и социален живот;
- Условия в трудовата среда – поставят акцента върху изясняване на начина, по който различните типове работни места и заплахата от безработица повлияват здравето на работещите;
- Проблемите на жените и равнопоставеност по пол – това са механизмите, процесите и действията, които могат да се предприемат с оглед а се намалят несъответствията в здравето по пол чрез изследване на различни области на обществения живот;
- Приоритетни задачи на общественото здраве – насочени са към внедряването на програми, които повишават достъпа до здравеопазването за тези социални групи, които са в неизгодно социално и икономическо положение.

Новото обществено здравеопазване се стреми да адресира здравните рискове и неравнопоставеност в здравето чрез здравна политика и здравен мениджмънт, които повишават здравето по възможно най справедливия начин. Комплексните програми са насочени към изграждането на възможности за здравна промоция във всички общности и организации на всекидневния живот.

1.4. Здравословен стил и начин на живот

"Стил на живот" е буквален превод от английски език. Същото понятие, преведено от руски и немски е "начин на живот". В българския

език и двете понятия се употребяват от повечето автори като равностойни. Някои приемат, че "начин на живот" е по-общо понятие, свързано предимно със социални структури, определени от класови, етнически, религиозни, професионални и други принадлежности. Говори се за "начин на живот на древногръцката аристокрация", "начин на живот на християнската общност", "начин на живот на артистите ,т.е. начинът на живот се определя от норми, които обединяват дадена социална група. Привържениците на този подход считат, че "стилът на живот" е свързан главно с модела на поведение на индивида и дори когато двама души принадлежат към една съща общност или дори са членове на едно семейство, стилът им на живот се отличава от начина на живот на социалната група, колкото и малка да е тя. Регионалното бюро на СЗО за Европа издаде тълковен речник за ключовите думи, свързани със здравната промоция. Според това издание "стил на живот" е понятие, което характеризира най-общо воденето на живот, чиято основа представляват взаимодействията между условията на живот в най-широк смисъл и индивидуалния модел на поведение, който се обуславя от социо-културните фактори и характерните черти на личността. Начинът на живот е тясно свързан с материално-битовите условия(жилищна площ, комфорт на жилището, среден месечен доход), изповядвана религия, традиции, трудова и обществена дейност, социални контакти. Начинът на живот и условията на живот обхващат редица социално определени поведенчески модели и интерпретации на социалните ситуации, които се развиват и практикуват от групата като механизъм за справяне с живота. Спектърът от модели на поведение, може да бъде ограничен и разширен от социалните фактори на околната среда, поради което стилът на живот трябва да се разглежда в контекста както на колективния, така и на индивидуалния опит. Стилът на живот на човека се състои от стандартни реакции и поведенчески модели, придобити чрез процесите на социализиране.

Поведенческите модели се изучават при взаимоотношенията с родители, братя, сестри, връстници, приятели и в резултат на влиянието на училището, медиите и др. Човек непрекъснато ги изпробва в различни социални ситуации и прави своя личен избор между възможните варианти. Така се изгражда система от специфични за личността дейности, характеризиращи неговото поведение, което наричаме стил на живот. Начинът, по който човек живее, може да създаде поведенчески модели, които са вредни за здравето.

В литературата се описват няколко рискови форми на поведение, които са:

- нерационално хранене;
- тютюнопушене;
- употреба на алкохол и наркотични вещества;
- злоупотреба с лекарствени средства;
- агресия(насилие);
- намалена физическа активност.

Стилът на живот може да бъде много сериозен рисков фактор за здравето. С най-голяма сила това важи за т. нар. социалнозначими заболявания:

- сърдечно-съдови заболявания (хроничната исхемична, хипертоничната болест, мозъчно-съдовата болест);
- злокачествени новообразувания;
- захарен диабет
- язвена болест;
- затлъстяване;
- травматизъм;
- алкохолизъм и токсикомании.

Тези заболявания обуславят сериозни медико-социални проблеми: поразяват големи групи от населението, свързани са често със загуба на трудоспособността и водят до висока и преждевременна смъртност. За

здравословен стил на живот говорим, когато поведението на индивида и групата е насочено към съхранение и стимулиране на здравето. За формирането на здравословен стил на живот от съществено значение са:

- Здравната информираност - какъв е обемът от здравни знания, които личността е придобила, пълни ли са или частични, правилни ли са или погрешни;
- Мястото на здравето в ценностната система е значимо или незначимо;
- Степента на осъзнаване на потребностите от здраве;
- Отношението на личността към собственото си здраве и към здравето на другите - активно, пасивно, неутрално;
- Семейна, училищна, обществена среда, която стимулира към здравословен начин на живот.

Всички изброени фактори са взаимосвързани и подценяването на който и да е от тях би се отразило негативно върху формирането на здравословен стил па живот. Голямо е значението на мотивацията при възприемането на здравословен стил на живот.

Следните мотиви играят най-важна роля, когато личността приема здравното поведение като свой стил на живот:

- Мотиви от здравно-рационално естество. Те се срещат най-често при хора, които чрез жизнения си опит са достигнали до правилна преценка за ползата от дадени действия/постъпки възрастни, преболедували.
- Мотиви от естетическо естество. Най-често понятието за красиво е свързано с добро здраве и лична хигиена, но понякога модата, например на нерационални диети, обувки, облекло, противоречи на здравните норми;

3. Мотиви от морално естество. Те са резултат от възпитание в отговорност пред себе си и обществото;

- Мотиви от социално-психическо естество. Пораждат се от стремеж за подражание и понякога може да доведат до безкритично възприемане на възхвалявани лечители и чудодейни лечебни средства;

- Мотиви от икономическо естество. Свързани са с финансовите възможности на личността, но често и хора с отлично материално състояние имат нерационално здравно поведение.

Основните критерии за наличие на здравословен стил на живот са:

- Здравната активност: към усвояване на здравни знания и умения; към системен контрол на собственото здравно състояние.
- Антирисково поведение - отсъствие на вредни навици.
- Самопомощ и взаимопомощ: овладяване на основни умения за оказване на първа медицинска помощ; воля за преодоляване на вредни навици у себе си и околните; съблюдаване при нужда на диетично хранене.
- Психологическа нагласа за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето: включване в провеждането на оздравителни програми; участие в неформални организации с дейност насочена към здравословния стил на живот (напр. Асоциация "Поведение и здраве". Фондация "Промоция на здравето" и др.).

Стилът на живот не е фиксирана величина и търпи промени. Това дава основание за развитието на здравната промоция като концепция и стратегия за действие на съвременното здравеопазване. В Програмата на Европейското бюро на СЗО "Здраве-21", която отразява политиката "Здраве за всички" през XXI столетие, са включени 10 глобални задачи на СЗО и 21 регионални, които са за европейските страни. Проблемът за здравословен стил на живот е под № 6 в глобалните задачи (Съдействие на здравословния и противодействие на нездравословния стил на живот).

Основна задача на програмите за здравословен стил на живот е намаляване на вредните за здравето навици като: тютюнопушене, злоупотреба с психоактивни лекарствени средства, употребата на алкохол и други наркотични вещества. В тях особено се откроява значението на позитивните фактори в стила на живот, и по-конкретно на здравословното

хранене, подходящата физическа активност, здравословния сексуален живот, справянето със стреса и кризите на личността, семейното планиране. Всички медицински специалисти са ангажирани със задълбоченото изучаване на начина на живот на човека, на човешките общности и прилагане на стратегии за постигане на здравословен стил на живот. Холистичният подход за укрепване на здравословните характеристики на всекидневния живот на хората се приема за най перспективен. Холистичната медицина е цялостна грижа за здравето – лечебен подход, който приема човека като единство на тяло, емоции, съзнание и дух. Да си припомним определението за здраве на Световната здравна организация (СЗО): „Здравето е състояние на пълно физическо, ментално и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг". Целта на холистичната терапия е постигането на оптимално здраве. Според философията на холистичната медицина, човек може да постигне оптимално здраве и благополучие чрез постигане на баланс в живота. Практикуващите холистична медицина приемат, че наличието на дисбаланс, в който и да е аспект - физически, емоционален или духовен, повлиява негативно на цялостното здраве. Холистичната медицина също така се основава на убеждението, че безусловната любов и подкрепа са най-мощният лечител и че всеки човек в крайна сметка е отговорен за собственото си здраве и благополучие. Лечебният процес изисква екипен подход, включващ усилия и от страна на пациента, не само опит и умения от страна лекаря. Холистичното лечение се стреми да установи първопричината за поява на оплакванията, а не само да се постигне премахването им.

Структурата на начина на живот включва четири основни елемента:

- Знакови социални системи – те представляват съвкупност от ценности, норми и други регулиращи системи като продукт и като органично

притежание на големи човешки общности, които служат на хората да саморегулират своето поведение.

- Общностите, в чиито рамки се осъществява начинът на живот на определен субект, общността, групата се представя като своеобразна организираност на формите на начина на живот.
- Поведение – конкретното, специфично осъществяване на социалните модели, програми, норми на поведение.
- Резултати – духовното, ценностно усвояване на извършените форми на поведение, възникването на чувство за социална пълноценност на извършителите на поведението.

Формите, в които са въвлечени съвременните хора варират чувствително в зависимост от пола, възрастта, социалната и груповата принадлежност, традициите и обичаите. Изследванията предоставят доказателства, че хората с ниска здравна култура не съдействат на лечебния процес и това се отразява негативно върху ефективността на клиничната дейност. За тях е характерно, че:

- посещават лекар на по-късен етап от тяхното заболяване, което води до ненавременното му диагностициране;
- по-често се хоспитализират и ползват спешна помощ;
- срещат затруднения при осмисляне на медицинското си състояние, на възможностите и подходите за лечение на болестта;
- по-трудно се придържат към курса на лечение;
- имат по-лош здравен статус и по-висока смъртност.

В наши дни все по-актуални стават проблеми при хората, свързани с сърдечно-съдови заболявания. Все повече нараства броят на хората, които чувстват постоянна умора, дискомфорт, депресивност, това им пречи както в социалните контакти, така и в работата. Всеки категорично трябва да стои зад тезата, че голяма част от здравословните проблеми на даден човек са следствие на неподходящ начин на живот през годините на съзряване.

Стилът на живот е комплексен социален фактор на сърдечно-съдовите заболявания и най-често се разглежда в рамките на концепцията за промоция (производство, увеличаване) на здравето, а не само за профилактика на болестта. Здравословният начин на живот е система от жизнени дейности, съобразени със запазването и увеличаването на здравето на отделния индивид и обществото. Здравословният стил е основен израз на позитивно здравно поведение. Здравословният начин на живот зависи от: личната здравна култура, ценностната ориентация и здравната мотивация. Формирането на здравословен стил на живот е една от главните цели на съвременната стратегия за промоция на здравето.

Критерии за здравословен начин на живот:

- Здравна активност: активно отношение към усвояването на здравни знания и умения, към системен контрол върху собственото здравно състояние; отношение към здравето като приоритетна ценност; положителна здравна
мотивация.
- Антирисково поведение: наличие на положителни здравни навици; отсъствие на основните рискови фактори като тютюнопушене, алкохолизъм, нерационално хранене, стрес, хиподинамия.
- Самопомощ и взаимопомощ: наличие на основни умения за оказване на първа медицинска помощ, за психологично справяне, за подкрепа и солидарност, за диетично хранене, физическа култура, спорт и туризъм.
- Психологическа нагласа за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето; участие в оздравителни програми.

2. Концептуални модели за сестрински грижи

Концептуалният модел представлява систематично построен, научно обоснован и логически свързан набор от понятия, които съставят елементите на сестринската практика. Съдържанието на сестринството се е променяло в течение на векове, така както са се променяли потребностите на обществото и условията на живот. Обхватът на сестринската практика се променя динамично в отговор на здравните потребности и изисква развитие на нови познания и технологии, които да гарантират обезпечаване на по-добри здравни резултати. Сестринството е професия, а не обикновено занятие. Медицинските сестри се нуждаят от висококачествено базово и следдипломно образование и от обучение, продължаващо през целия живот, за да могат да практикуват компетентно своята дейност. Днес сестринството е една организирана, обществено призната и уважавана професия, преминала различни етапи на развитие. Сестринските модели са концептуални модели, конструирани на основата на теории и концепции за подпомагане на медицинските сестри при извършване и оценка на състоянието на пациента, планиране и осъществяване на грижи при спазване на определени професионални рамки. Сестринските модели включват методи и оценка на индивидуалните потребности на пациента и определяне на подходящи грижи за него. Сестринските грижи са комплекс от сложни елементи и явления, които някои автори отъждествяват с парадигма. Това именно определя големия брой автори, които са развили различни концепции относно същността на сестринството, за да могат да поставят теоретичните основи на професията. Концепцията е “способността, която притежава всеки един от нас да направи забележим познат предмет или явление”. Редица автори възприемат концепцията като идея. По отношение на сестринските грижи, един концептуален модел може да се възприеме като структурирана мисловна представа, която медицинската сестра трябва да има за своята професия. Днес се налага

схващането, че сестринството е не само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписания от лекаря, а една широко хуманна професия, свързана с грижи за човека, болен или здрав, за запазване на неговото здраве. За да осъществи специфичните за нейната професия функции медицинската сестра, трябва да придобие определен обем от теоретични знания и практически умения т.е. необходимите компетенции.

Първото научно определение за сестринството дава Флорънс Найтингейл в нейния труд „*Записки за грижите*" (1859 г). Тя разглежда сестринството като „*действие по използване на обкръжаващата пациента среда с цел съдействие за неговото оздравяване".* При това целта на сестринските грижи е формулирана така: „*да се създадат най-добри условия за пациента за активиране на неговите собствени сили".* Наричайки сестринската работа изкуство, тя смята, че това изкуство изисква „*организация, практическа и научна подготовка*". Според Флорънс Найтингейл сестринството е една достойна, полезна и отговорна професия, която изисква интелигентност, физическа,морална издържливост и много знания.

Модел на Вирджиния Хендерсън - американска медицинска сестра, преподавател и изследовател през 1961г. в нейния труд "Основни принципи на сестринските грижи" дава друго определение което звучи съвременно и днес: „*Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човек, било то болен или здрав, при осъществяване на такива действия, които имат отношение към неговото здраве, възтановяване или спокойна смърт и които той сам би предприел, ако имаше за това необходимите сили, знания и воля, и то да прави това по такъв начин, че човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо. Сестрата помага на пациента да изпълнява всички назначения, предписани от лекаря.*

Тя е член на екипа за медицинска помощ и помага на другите членове (както и те на нея) да планират и изпълняват пълната програма

от дейности – било то за подобряване на здравето, възстановяване след заболяване или подкрепа на умиращия. Сестрата трябва" да се постави на мястото" на всеки пациент, за да разбере нуждите му. Тя е краката на безногия, очите за слепия, опората за детето, източник на знания и увереност за младата майка, устата на тези, които са твърде слаби или затворени в себе си, за да говорят".

От представените определения става ясно, че сестринските грижи са комплекс от сложни елементи и явления, които някои автори отъждествяват с парадигма. Това именно определя големия брой автори, които са развили различни концепции относно същността на сестринството, за да могат да поставят теоретичните основи на тази професия.

В професионалната си дейност медицинските сестри в различните страни се ръководят от различни теории и концептуални модели за грижи. Най-лесно приложим за обучението и в практиката се оказва моделът на В. Хендерсън, защото е насочен към физиологията на човека. Моделът предложен от В. Хендерсън в САЩ през 1960 г., а след това допълнен през 1968 г. акцентира вниманието на сестринския персонал предимно върху физиологичните и в по-малка степен върху психологичните и социалните потребности. Задължително условие в нейния модел е участието на самия пациент в планирането и осъществяването на грижите. Пациентът, съгласно твърденията на В. Хендерсън, има фундаментални човешки потребности, които са еднакви за всички хора: „*Независимо от това дали човек е болен или здрав, медицинската сестра винаги трябва да има предвид жизненоважните потребности на човека от храна, покрив, дрехи, от любов и доброжелателност, от чувство за необходимост и взаимозависимост в условията на обществените отношения"*.

Според речника на психологичните термини, концепция е „*способността, която притежава всеки един от нас да направи забележим познат предмет или явление"*. Редица автори възприемат

концепцията като идея. По отношение на сестринските грижи, един концептуален модел може да се възприеме като структурирана мисловна представа, която медицинската сестра трябва да има за своята професия.

Моделите на сестринските грижи понякога се наричат концептуални, тъй като те се изграждат на основата на различни понятия и концепции. Райхъл и Рой ги определят като: *систематично построен, научно обоснован и логически свързан набор от понятия, които съставят елементите на сестринската практика...”*.

Моделите за сестрински грижи имат общи положения, но във всеки модел авторите виждат по различен начин:

- пациента като обект на дейността на сестринския персонал;
- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринската намеса;
- ролята на медицинската сестра;
- оценката на качеството и резултатите от грижите.

В исторически аспект, ясно описание на моделите за сестрински грижи липсва до началото на 70-те години. Дори и понастоящем няма единен подход към определяне на природата и структурата на сестринските грижи. Разработени са около 20 различни модела. Съдържанието на всеки модел зависи от нивото на икономическото развитие на една или друга страна, от нейната политика, общопризнати ценности, от здравната система, религията, философията и убежденията на авторите, разработващи един или друг модел.

Върху развитието на моделите за сестрински грижи са оказали влияние изследванията и откритията в областта на физиологията, социологията, и психологията. Ядрото на всеки модел са различията в разбирането на същността на пациента като обект на сестринската дейност,

целта на грижите, набора от сестрински интервенции и особеностите в оценката на резултатите от сестринските грижи.

Днес се налага схващането, че сестринството е не само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписания от лекаря, а една широко хуманна професия, свързана с грижи за човека, болен или здрав, за запазване на неговото здраве. За да осъществи специфичните за нейната професия функции медицинската сестра, трябва да придобие определен обем от теоретични знания и практически умения т.е. необходимите компетенции.

Компетенциите - това са възможностите за използване на придобитите знания и умения с цел управляване на дадена професионална ситуация и получаване на очаквани резултати.

Концепции за човека, здравето и болестта.

-*концепция за човека* – медицинската сестра възприема концепцията за човека като био-психо-социо-културно същество, което е подложено на въздействието на много фактори – вътрешни и външни. Човекът се възприема не само като пациент с неговите здравословни проблеми, но като личност с всички нейни качества, права и ценности, т.е. да се изгради цялостен подход към пациента, наричан клиент в повечето европейски страни;

-*концепция за здравето* – според СЗО, „здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не сама отсъствие на болест или недъг”. Здравето е процес на равновесие между всички външни и вътрешни фактори, които оказват въздействие по различен начин върху човешкият организъм;

- *концепция за болестта* – болестта е стеснен в своите параметри живот. Тя настъпва когато се наруши равновесието, хармонията на физическото, психическото и социалното благополучие на човека.

- *концепция на сестринските грижи* – сестринските грижи се полагат при човека за задоволяване на основните му жизнено важни нужди, тогава когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика. Медицинската сестра е необходимо винаги да се съобразява с индивидуалните особености на човека. (106).

Много важна е и организацията на здравните грижи, което може да се извърши най-често по два начина в практиката- *грижи по процедури и итегрирани грижи.*

- *Грижите по процедури* - предполагат всяка сестра да извършва определена дейност за деня, седмицата, месеца-това включва манипулации, превръзки, визитация и т.н.

Предимства: специализиране на медицинската сестра в извършването на определена дейност, икономия на време и труд.

Недостатъци: невъзможност за добро опознаване на болните с техните индивидуални особености, както и невъзможност за сформиране на екип.

- *Интегрираните грижи* предполагат всяка сестра да отговаря за група болни при които да се извършва цялостната дейност от лечебната, профилактичната и диагностичната до хигиенните грижи, храненето и др.

Предимства: Този метод се оказва подходящ, защото една сестра извършва комплексните грижи за пациентите и по този начин уплътнява по-добре работното си време, вижда резултатите от труда си и това я мотивира и стимулира. Създава се възможност за сформиране на екип лекар-сестра-пациент.

Недостатъци: Медицинската сестра няма възможност да се специализира в дадена дейност.

В професионалната си дейност медицинските сестри в различните страни се ръководят от различни теории и концептуални модели за грижи.

Пациент. Един от моделите за сестрински грижи разглежда пациента като „набор" от анатомични органи и физиологични системи, в друг модел– пациентът е независима съвършена личност, имаща 14 фундаментални ежедневни потребности. В зависимост от описанието на пациента в различните модели се променя съдържанието и обема на първичната сестринска оценка в рамките на сестринския процес, както и съдържанието на грижите.

Източник на проблемите на пациента. Проблемите на здравето, които изискват сестрински грижи, също се различават в различните модели. Например, в едни модели проблемите са представени като нарушение на функциите на анатомичните органи и /или физиологичните системи. Други автори на модели виждат източника на проблемите в това, че човек не може да променя поведението си в зависимост от обстоятелствата, предполагайки, че причина за това са функционалните и структурните процеси (моделът на Д. Джонсън).

В някои модели сестринският процес се разглежда доста еднозначно: проблемът определя характера на сестринската намеса.

В други модели сестринският процес е по-сложен и включва няколко стъпки:

- определяне на проблемите, изследването им, т.е. изучаване на тяхната природа и определяне на характера на сестринската намеса.

Според модела на Д. Орем намесата се определя от дефицита на грижи за самия себе си; по модела на Д. Джонсън – от промененото (неадекватно) поведение; според модела на К. Рой – от стресогенни фактори, предизвикващи нарушение на адаптацията.

В някои сестрински модели по различен начин са обозначени приоритетите при извършване на оценката на състоянието на пациента и определяне на източника на проблемите.

Цели на грижите. През XIX век Флорънс Найтингейл приема, че целта на грижите за болните е да се създават условия за комфортно самочувствие на пациента и най-добри санитарно-хигиенни условия за поддържане на нарушените функции. В някои модели целта на грижите се свежда изключително довъзстановяването на функциите на отделните органи или системи.

Според друг модел в резултат на грижите трябва да бъде възстановено

равновесието в поведението на човека. Много хора смятат, че необходимо да се подобри психологичното или социалното състояние на пациента. Повечето автори смятат, че целите на сестринските грижи трябва да бъдат съгласувани с пациента. Практически, авторите на всички модели приемат, че целите на грижите трябва да бъдат видимите страни на поведението на човека и други измерими параметри. Успешното постигане на поставените цели се определя преди всичко от това как самият пациент оценява напредъка в постигането на целите и какво успява да направи самостоятелно.

Начини за сестринска намеса. При реализацията на плана за сестрински грижи вниманието на медицинската сестра трябва да бъде съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Флорънс Найтингейл приема, че сестрата трябва да наблюдава и да променя обкръжаващата среда (чистота, светлина, топлина, свеж въздух, храна, вода). Автори на други модели, предлагащи холистичен подход към пациента, отдават предпочитание на възстановяването на пълното равновесие между човека и околната среда чрез адаптация. Някои модели

предвиждат сестрински намеси, осигуряващи възможност на пациента за самообслужване.

Оценка на качеството и резултатите от грижите. Авторите на повечето модели смятат, че за да се оцени качеството и резултатът от грижите за пациента, е необходима да се определи дали е постигната поставената цел. При това медицинската сестра определя доколко целесъобразно е била една или друга намеса.

В някои модели се оценява функцията на анатомичните и физиологичните системи в организма (при това такава оценка се прави изключително от лекаря в рамките на лечебния процес); в други модели се поставя акцент върху психологичните и поведенчески системи; в трети – се оценява степента на постигане на възможност пациентът да се грижи сам за себе си.

Ако едновременно се използват няколко модела, то при оценката на резултатите от грижите се определя най-напред целесъобразността от използването на даден модел на грижи за определен пациент и, второ, постигането на конкретните цели на грижите.

Ролята на сестрата е последният елемент, по който моделите се отличават един от друг. Авторите на някои модели отдават изключителна роля на сестрата като „*помощник на лекаря”*, други я определят като *„защитник на правата на пациента”*, трети разглеждат сестрата като „*някой, които постоянно седи до пациента”*, четвърти – като *„човек, който променя поведението на пациента”*.

Авторите на всеки модел привеждат множество аргументи в полза на различните роли на медицинската сестра.

В модела на Д. Орем на сестрата се отрежда роля на специалист, който осигурява на пациента възможност да стане максимално независим.

В адаптационния модел на К. Рой сестрата е специалист, който помага на пациента да се адаптира към въздействието на стресогенните фактори.

По такъв начин всеки модел отразява различията в разбиранията на авторите не само по отношение на термина „сестринска дейност”, но и относно понятията „пациент”, „източник на проблеми на пациента”, „насока на сестринската намеса”, „оценка на качеството и резултатите от грижите”.

Сестринската теория е понятие, въведено за да опише знанията за човешкия индивид, които са необходими за осъществяване на сестринската практика. Сестринството има различно значение за различните хора.

Най-подходящо съждение за сестринството е това, че то е насочено към изучаване на човешките индивиди, тяхното здраве, околната среда и процесите за оказване на здравни грижи. Интересно е да се отбележи, че 90% от всички сестрински теории са създадени през последните 20 години. Сестринските модели са концептуални модели, конструирани на основата на теории и концепции. Те се използват за да подпомогнат медицинските сестри при извършване на оценка на състоянието на пациента, планиране и осъществяване на грижи при спазване на професионални рамки.

За разлика от повечето научни теории, сестринските теории започват предимно с обяснения какво представлява сестринството. Всички сестрински модели включавт методи и оценка на индивидуалните потребности на пациента и определяне на подходящи грижи за него. Една съществена част от всички сестрински модели включа измерими цели по отношение на процеса и оценяване, което доказва подобряване на състоянието на пациента.

Първоначална роля на медицинската сестра е да осъществява грижи за пациента по назначение на лекар. От тук произтича биомедицнския модел на сестрински грижи, който оказва силно влияние върху сестринската практика и до днес. Биомедицинският модел се фокусира върху патофизиологията и хомеостазата, като по-слабо се интересува от идентифициране на индивидуалните различия и това насочва работата към традиционните медицински и физиолигчни грижи, насочени към лечението

на болестта, като се отделя малко значение на психологичните, социалните, културални и икономически различия между индивидите.

Биомедицинския модел вижда всички пациенти само с определена болест, с едни и същи проблеми.

Сестринските теории се използват за описание, развитие, разпространяване и прилагане на настоящите знания в сестринството. Те осигуряват на медицинските сестри структура чрез която да систематизират сестринските дейности като например:

- Общуване с пациента;
- Наблюдение на пациента;
- Проблеми на пациента;
- Насоки на сестринската интервенция.

Сестринските теории имат за цел да се въвеждат новостите и научните изследвания в професията, както и да се утвърдят и узаконят настоящите знания и компетенции. Те подпомагат осъществяването на описание, обяснение, предположение и определяне на насоките в сестринската практика. Също така намират приложение при:

- определяне на общите черти на величините при събиране на данни;
- ръководство при осъществяване на сестринско изследване и дейности;
- предначертаване и определяне на очакваните резултати от сестринската практика;
- определяне на очакванията на пациентите.

Преобладаващите гледни точки на сестринските теории са:

- принципи на сестринството
- природа на човешкото съществуване
- общество и околна среда
- здраве

Теориите се разделят на четири нива:

- метатеории – които са преди всичко абстрактни и по-трудно се тестват в практиката;

- големи теории – съдържащи концептуални структури и дефинират границите и перспективите на сестринската практика;

- средно ниво теории – които са по-малко абстрактни и могат директно да бъдат приложени в сестринството;

практически теории – очертават профила и границите на сестринската практика, като при тях целите и дейностите са ясно и конкретно представени.

Според друга класификация сестринските теории се разделят на следните четири типа:

- теории свързани с потребностите
- теории основаващи се на човешките взаимоотношения
- теории основаващи се на резултатите и последствията
- хуманистични теории.

Флоранс Найтингейл (1820-1910) първа обосновава сестрите и определя границите на сестринската професия. Нейната теория е развита по време на Кримската война и е публикувана в “Бележки по сестринство: Какво е то и какво не е” през 1859 година. Моделът на Найтингейл се базира върху идеята, че медицинската сестра е необходимо да променя околната среда за да осигури на пациента по-добро съществуване. Медицинските сестри основно осъществяват дейности насочени към болестта на пациента и много по-малко се занимават с холистична оценка.

Найтингейл е преди всичко известна с това, че поставя основите на теоретичното сестринство, но също така има съществен принос в развитието на акушерството като професия и професионалната кариера на жените. През 18 век се наблюдава голяма смъртност при родилките по време на раждането, причинена от родилна треска. Този проблем Найтингел вижда да бъде преодолян чрез създаване на хигиенна среда в

дома, а раждането да се осъществява от обучени жени. Това обаче поражда редица пречки, защото за лекари се обучевали само мъже. Тя изказва виджането си, че акушерската дейност е необходимо да се осъществява и от жени. По това време в Париж съществувало двугодишни курсове за обучение на акушерки и в резултат на тяхната работа всикота смъртност при родилките започнала да намалява. Найтингел създава едномесечен курс по акушерски грижи, след което дава сертификат на квалифицираните вече жени.

Флоранс Найтингейл изиграва важна роля при формулиране на насоките в политиката на общественото здраве в Англия. Тя си поставя големи цели, които да бъдат част от социалната политика, насочени към общественото здраве. Тя развива своите виждания за връзката на здравословното състояние на хората с условията на живот. Носител на либералната политика в страната си тя се придържа към различни движения за независимост. Найтингейл определя здравните грижи като систематични и холистични, като счита, че тяхна основна цел е промоцията на здравето и превенцията на болестта.

Модел на Д. Орем - Моделът предложен от Д. Орем /1971/, разглежда човека като едно цяло. Той е основан на принципите на грижи за себе си. В модела на Д. Орем се отделя голямо внимание на личната отговорност на човека за състоянието на собственото си здраве. Концепция на самообслужването. Съгласно модела на Д. Орем пациентът е една функционална система, която има мотивация за грижи за себе си. Човек осъществява грижи за себе си, независимо от това, дали е здрав или болен, т.е. неговите възможности и потребности от грижи за себе си трябва да бъдат в равновесие.

Модел на Д.Орем за самообслужването включва три компонента:

- напълно компенсираща система – медицинската сестра осъществява всички грижи

- частично-компенсираща система – медицинската сестра и пациентите имат участие в отговорността за грижите
- система за подкрепа и обучение – пациентът носи отговорност за личното си здраве с участието на медицинската сестра като консултант.

Теорията за самообслужването на Орем има най-голямо приложение при амбулаторно обслужване на пациентите. При работата на медицинската сестра в амбулаторна практика тя изпълнява преди всичко ролята на асистент на лекаря, като събиране на данни, които са необходими на лекаря, извършва определени медицински процедури. Компетенциите по отношение на самообслужването определят качеството на живот на пациента, както и оказване на влияние върху неговата продължителност. Медицинската сестра има за задача да асистира на пациента до достигане на компетентност относно самообслужването. Здравното обучение има за цел да мотивира и помага на хората да възприемат здравословен стил на живот.

Грижите, които всеки човек извършва за себе си, включват комплексни действия, които са индуцирани от индивида, семейството или общността за достигане, поддържане и запазване на максимално здраве.

Целта на моделът за самообслужване се състои в даване на възможности на пациента или на цялото семейство за активно участие в процеса за съхраняване на здравето. Областите за приложение на модела за самообслужването са следните:

- директни сестрински грижи
- осъществяване на грижи или обучение при хранене, хигиена, подвижност, прием на лекарства, взаимоотношения.

Целите на сестринската интервенция включват пет направления при планиране на грижите съвместно с пациента:

- изграждане на увереност

- съхраняване на позитивната ориентация чрез възпитаване на самоуважение и надежда
- съхраняване контрола на пациента
- утвърждаване и запазване на издържливостта на пациента
- поставяне на взаимно-изгодни цели.

Медицинската сестра извършва оценка на потребностите на пациента, като събира данни в следните четири категории:

- описание на ситуацията
- определяне на очакваните резултати
- ресурси
- цели

Този модел за сестрински грижи позволява да се използва най-ефективно потенциалните възможности на всеки пациент, както и мобилизиране на индивидуалните способности на пациента за постигане на целите.

Според концепцията на Орем, главната цел на обслужването, осигурявано от медицинската сестра, е да се даде възможност на човека да се самообслужва и да му се окаже помощ при организирането на това самообслужване, за да може да се поддържат живота и здравето му, да се лекуват болестите и да се превъзмогват последиците от тях. Самообслужването е изискване, което стои пред всеки индивид със или без заболяване.

Ида Джейн Орландо е медицинска сестра, която специализира обществено здраве и психично здраве. Теорията на Орландо е публикувана през 1961 година в книгата: “Динамичните взаимоотношения между медицинската сестра и пациента. Теорията се основава на нейните наблюдения върху взаимоотошенията между медицинската сестра и пациента. Медицинската сестра е необходимо да използва максимума на своя усет и наблюдателност за да открие най-добрия подход за общуване и

комуникация с пациента. Орландо интегрира подходи от психиатричното сестриство в практиката на медицинските сестри. На основата на направените от нея проучвания тя формулира и въвежда сестринския процес, който до голяма степен играе ролята на професионална рамка на сестринството.

Моделът на Орландо се счита за достатъчно ефективен, защото позволява на медицинската сестра да фокусира практиката единствено и само към пациента и към неговите потребности.

Хилдегард Пеплоу е медицинска сестра, чиито теоретични възгледи са насочени към междуличностните взаимоотношения в сестринството. Концептуалният модел акцентира върху взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента, като взаимоотношения между партньори и пациентът не е пасивен участник в лечебните процедури. Най-съществено в теорията на Пеплоу е активното участие на пациента, а задача на медицинската сестра е да го подпомага и улеснява чрез наблюдение, описание, формулиране, интерпретация и намеса. Теорията намира приложение преди всичко при терапевтични сестрински интервенции. Медицинската сестра при различните клинични ситуации изпълнява следните роли:

- прием на пациента
- изпълнява роля по осигуряване на ресурсите относно интервенциите
- обучителна роля- дава указания и провежда практическо обучение
- консултантска роля – подпомага пациента да разбере и да възприеме новия начин на живот и новите условия, подкрепя го за да преодолее промените
- подкрепяща роля – информира пациента относно състоянието на зивисимост, полузависимост и независимост.

Според тази теория взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента преминават през следните фази:

- фаза на ориентиране
- фаза на идентифициране
- фаза на сработване
- фаза на вземане на решения

При всяка фаза медицинската сестра и пациента имат своите задачи и изпълняват специфични роли.

Калиста Рой предлага ефективен сестрински модел, при който се използват адаптивните възможности на всеки човек в променящите се условия на жизнената среда. Според т.нар. “адаптационен модел” човек се адаптира към променящата се среда. Кофликът между променящите се условия на средата и необходимостта от промяна водят до стреса, като всеки човек реагира на стреса чрез физиологични, интелектуални или поведенчески реакции. К. Рой разглежда въпросите свързани с преодоляването на стреса, намаляване и отстраняване на проявите, както и отражението му върху здравето на индивида. Здравето според Рой, може да се представи като непрекъсната линия, която преминава от болестно състояние в добро здравословно състояние. Успешното преодоляване на стреса води до по-добро здравословно състояние. Цел на медицинската сестра е да подпомага пациента при преодоляване на стреса и съхраняване на здравето. Тя може да осъществи това, че първоначална оценка на потребностите на пациента и последващо планиране на сестринските интервенции до удовлетворяване на потребностите. Пациентът е активен участник в целия процес. Моделът на Рой включва четири елемента при адаптиране и приспособяване:

- удовлетворяване на основните физиологични потребности
- изграждане на положителна представа за собствената си личност
- изпълняване на социалните роли

- постигане на равновесие между зависимост и независимост (зависимост и независимост по отношение на способността за самообслужване) (130).

Теорията на Нюман е публикувана за първи път през 1972 г. Според Нюман, могат да се открият следните елементи, ако пациента се разглежда като система: вътрешни, външни и междуличностни. Те се намират в динамично равновесие. Съхраняването на здравето до голяма степен зависи от изразходваната енергия за реакция на стреса. Високата енергия води до добро здраве, а ниската енергия – до болестно състояние, липсата на енергия – до смърт. Когато човек е в добро здравословно състояние поддържа стабилност и хармония в баланса на енергия при различните влияния на стреса.

Използвайки модела на Нюман медицинските сестри имат за цел да открият факторите на стреса и влиянието, което оказват върху отделните органи и системи. Задача на сестрата е да планира сестринската намеса, благодарение, на която да се намали или елиминара тяхното влияние. Сестринската интервенция е необходима да предотврати действието на фактори, за да не се достига до реакция от страна на пациента. Най-важният резултат е пациентът да възстанови доброто си здравословно състояние.

Маделейн Лайнингер е медицинска сестра и антрополог. Тя развива своята теория акцентирайки върху транскултуралното сестринство. В средата на 60-те години медицинските сестри започват да отчитат различията в културата на пациентите. Медицинската сестра е необходимо да планира грижите в съответствие с политическите, духовните, икономическите и културални ценности на пациента. Сестринските знания и умения е необходимо да се пречупват през погледа и културата на пациента за да бъдат те ефективно и да отговорят на индивидуалните потребности.

Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни - Моделът, предложен от Рупър през 1976 г. и допълнен през 80-те години от В. Логън и А. Тайерни, се опира на постиженията в областта на физиологията, психологията и сестринството. Тези автори, както и В. Хендерсън, използват определен списък с потребности, присъщи за всички хора. Те смятат, че сестрата трябва да съсредоточи вниманието си върху наблюдаваните страни на човешкото поведение, а оценката за успешността на сестринската дейност трябва да се основава на видими, измерими и поддаващи се на оценка резултати.

Разглеждайки човека като обект на сестринската дейност, Н. Рупър за пръв път установява 16 вида ежедневни дейности (фундаментални потребности), при това част от тях са необходими за поддържането на самия живот, а други са необходими за ежедневната жизнена дейност и влияят върху качеството на живота.

Таблица №1 Прояви на всекидневния живот и дейности според Рупър

Необходими за поддържането на живота и дейността	*1.Дишане* *2.Хранене и пиене* *3.Отделяне на продуктите на жизнената дейност* *4.Регулиране на телесната температура* *5.Двигателна активност* *6.Сън* *7.Способност да поддържа собствената си Безопасност*
Спомагащи за подобряване качеството на живот	*8.Поддържане на лична хигиена и чистота на дрехите и жилището* *9.Облекло* *10.Общуване* *11.Учене* *12.Работа* *13.Наличие на любимо занимание,свободно*

	време, развлечения *14.Секс* *15.Семейство*
Напускане на живота	*16.Умиране*

Впоследствие авторите на модела съкращават този списък до 12 „прояви", които представляват човешките потребности. Част от тях имат биологична основа, други – културна и социална. Степента на удовлетворение на едни или други „прояви на жизнена дейност" зависи от възрастта на човека, от социалния му статут и културното ниво.

Таблица №2 Прояви на ежедневния живот и дейност според Рупър

Прояви на ежедневния живот и дейност	*1.Поддържане на безопасна околна среда (функция за самосъхранение).* *2.Общуване* *3.Дишане* *4.Употреба на храна и течности* *5.Отделяне на продуктите от жизнената Дейност* *6.Поддържане на лична хигиена и спретнат вид* *7.Регулиране на телесната температура* *8.Двигателна активност* *9.Работа и свободно време, развлечения* *10.Сексуалност* *11.Сън* *12.Умиране*

Източник на проблемите на пациента. Авторите на този модел посочват 5 фактора, които могат да предизвикат потребност от сестрински грижи и да превърнат човека в частично или напълно зависим:

- инвалидност и свързано с това нарушение на физиологични функции;

- патологични и дегенеративни изменения в тъканите;
- нещастен случай;
- инфекциозно заболяване;
- последствия от влияние на физически, психологически и социални фактори на околната среда;

Насоченост на сестринската намеса. При този модел сестрата заедно с пациента последователно оценява неговата възможност за удовлетворяване на 12-те потребности като установява действителните и потенциалните проблеми на пациента. Моделът предвижда непрекъснато извършване на оценка на удовлетворяването на потребностите на пациента.

Цел на грижите. Планирането на сестринските грижи започва от първичната оценка на състоянието на пациента, и заедно с него сестрата определя целите на грижите. По-нататък сестрата определя средствата за осъществяването на конкретните намеси.

Сестринска намеса. След като сестрата обсъди с пациента целта на грижите, тя избира начините за намеса, насочени към удовлетворяването на потребностите. Това може да бъде разширяване на степента на подвижност, намаляване на тревогата, обучаване в навици за общуване, измиване, обличане и т.н.

Оценка на качеството и резултатите от грижите. Критерии за оценка на качеството и резултатите от грижите трябва да бъде степента на удовлетворение на всяка потребност в съответствие с поставените цели. Ако желаният резултат не е постигнат, сестрата заедно с пациента преразглежда и целите, и предприетите намеси.

Роля на сестрата. Авторите на този модел виждат ролята на медицинската сестра в здравната система като *независима, зависима и взаимозависима.*

- *Независимата роля* се заключава в оценката (заедно с пациента) на неговото състояние, планирането, осъществяването на сестринските намеси и оценката на резултатите от предоставените грижи.

- *Зависимата роля* е свързана с помощта на лекарите при изпълнението на едни или други процедури и с предписанията на лекуващия лекар.

- *Взаимозависимата роля* включва работа в екип с други специалисти.

Прилагане на модела на Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни в сестринския процес – при провеждането на първичната сестринска оценка сестрата трябва да събере данни за всяка „проява на жизнената дейност(потребностите)". След това за всяка проява сестрата установява:

а) какво по принцип, т.е. в обичайна ситуация, пациентът изпълнява нормално без затруднение;

б) какво може да прави пациентът в настоящия момент;

в) какви действителни проблеми съществуват в настоящия момент;

г) какви потенциални проблеми могат да се развиват.

При планирането на грижите сестрата записва както действителните, така и потенциалните проблеми, целите на грижите и сестринските намеси, които ще бъдат предприети.

Сестринската намеса трябва:

а) да предотвратява развитието на потенциални проблеми;

б) да снема/ намалява/ тревогата на пациента;

в) да предоставя на пациента възможност да се обръща за помощ и да приема такава помощ за „ежедневната си дейност";

г) да помогне за решаването на действителните проблеми.

При провеждането на крайната оценка медицинската сестра установява доколко са постигнати първоначално поставените цели, а така също доколко полезен и ефективен е конкретният модел на сестринските грижи.

Модел на Д. Джонсън - В своя модел Д. Джонсън /1968/, за разлика от В.Хендерсън и Н. Рупър, предлага радикален отказ от лекарските представи за човека и съсредоточаване на сестринската помощ върху поведението на хората, а не върху техните потребности.

Основни положения на модела на Джонсън.

Пациентът според модела на Джонсън е „ *индивид, който притежава набор от взаимосвързани системи на поведение, при това всяка от тях се стреми към баланс и вътрешно равновесие".*

Човек има 7 главни подсистеми, които по един или друг начин променят неговото поведение.

Таблица № 3 Поведението според модела на Джонсън

Подсистема на поведението	**Същност на поведението в рамките на подсистемата**
Постижение /изпълнение/	*Контрол над себе си и над своето Обкръжение*
Присъединяваща	*Близки взаимоотношения с други хора*
Агресивна	*Самозащита от заплаха, Самоутвърждаване*
Зависима	*Зависимост от другите*
Отделителна	*Отделяне на продуктите от жизнената Дейност*
Храносмилателна	*Поддържане на целостта на организма, състояние на телесно удоволствие*
Сексуална	*Сексуално удовлетворение*

Д. Джонсън определя действието на всяка подсистема на базата на миналия опит на човека да постигне определени цели. Резултатът зависи от това как той възприема поведението си, как разбира възможностите си за промяна на поведението (кое може и кое не може да промени).

Поведението, избрано от дадено лице, определя неговата предразположеност към един или друг тип поведение. Д. Джонсън различава два основни типа: поведение, базиращо се на минали навици.

Източник на проблеми на пациента - Д. Джонсън смята, че болестта и промяната на начина на живот могат да доведат до дисбаланс на подсистемите на човешкото поведение. Сестринските грижи трябва да бъдат насочени към възстановяването на равновесието.

Насоченост на сестринската намеса – за да се определи насочеността на намесата, трябва да се оцени състоянието на пациента по отношение на на всяка подсистема. Оценката се осъществява в два етапа:

- установява се дали поведението на пациента позволява да се предположи нарушаване на равновесието в някоя подсистема;
- определят се причините за това нарушение.

Цел на грижите - Нарушението на равновесието вътре в подсистемите на поведението е повод за сестрински грижи. Целта на грижите трябва да бъде максималното възстановяване (доколкото е възможно) на равновесието във всяка подсистема и равновесието между подсистемите. Сестринските грижи могат да бъдат насочени към изменение на:

- мотивите на поведението
- действието на подсистемите, ограничено от миналия опит на човека
- поведението на човека, определяно от миналата предразположеност към

  един или друг вид действие;
- поведението обусловено от околлната среда или от миналия опит.

Ако причината за нарушение на равновесието в поведенческата подсистема са функционални изменения, целта на сестринските грижи трябва да бъде промяна на обкръжението на пациента и осигуряване на защита, опека, стимулиране на пациента за промяна на поведението. За

постигане на целта сестрата с помощта на конкретни намеси се стреми да възстанови равновесието във всяка подсистема, променяйки едни или други фактори на околната среда.

Сестринска намеса - Д. Джонсън предлага четири насоки на намеса:

- контрол или ограничение на поведението в някакви рамки;
- защита от заплахи и други фактори, предизвикващи стрес;
- потискане на неефективните реакции;
- стимулиране за промяна на поведението, партньорство, помощ във вид на опека.

Оценка на качеството и резултатите от грижите - Д. Джонсън смята: **първо**, че резултатите от грижите може да се оценят в пределите на дадена подсистема чрез поведението на пациента, т.е. по промените, предизвикани от едни или други структурни изменения в организма на човека. Второ, в случай, че очакваните резултати са свързани с планирани промени в околната среда, оценява се изменението в поведението, свързано със сестринската намеса. Ако сестринската намеса не е довела до очаквания резултат (цел), формулират се нови цели и нови намеси.

Роля на медицинската сестра - Според определението на Д. Джонсън ролята на сестрата е допълваща спрямо ролята на лекаря, но не зависи от нея. На сестрата е отредена роля на специалист, който възстановява равновесието в поведенческите подсистеми на пациента по време на психологическа или физическа криза.

Вирджиния Хендерсън описва своята теория в книгата "Същност на сестринството: определение, въведение, практика, изследване и обучение", която е публикувана за първи път през 1955 г. и за втори през 1966 г. Тя описва 14 компонента на основните сестрински грижи за постигане на независимостта и комфорта на пациента.

Пациента като обект на дейността на сестринския персонал, съгласно твърденията на В. Хендерсън има 14 фундаментални човешки потребности, които са еднакви за всички хора. Здравият човек, обикновено не изпитва трудности при удовлетворяване на тези потребности. В същото време при заболяване, бременност, детство, старост, при приближаване на смъртта човек може да не е в състояние да удовлетворява тези потребности самостоятелно.

Източник на проблемите на пациента – при разработване на модела си В. Хендерсън се опира на теорията на Маслоу за човешките потребности. Проблемите, изискващи сестринска намеса, възникват в този случай, когато човек по силата на определени обстоятелства не е в състояние да се грижи за себе си /болест, старост, бебета/. Тя смята, че способността на човека да удовлетворява ежедневните си потребности се променя в зависимост от неговото емоционално състояние и темперамент.

Насоката на сестринската намеса - според В. Хендерсън при изследването на пациента сестрата трябва да обсъжда с него условията за оказване на сестринска помощ с изключение на случаите, когато пациента е в много висока зависимост /кома/ . Тогава сестрата има оправдание да взема сама решения, което в този случай е благоприятно за пациента.

Потребностите на пациента, описани от В. Хендерсън може да се каже, че произлизат от петте категории на теорията на Маслоу – физиологични, психологични, социални и културални. Тези 14 потребности за всеки човек са изключително индивидуални и задача на медицинската сестра е да подпомага пациента при задоволяване на тези потребности за постигане на пълна независимост.

Цел на грижите - В. Хендерсън смята, че сестрата трябва да поставя само дългосрочни цели за възстановяване на независимостта на пациента при удовлетворяване на 14-те ежедневни потребности. Краткосрочните и

междинните цели също имат място, но само при остри състояния/шок, треска, инфекция, обезводняване/.

Начини на осъществяване на сестринската намеса - В. Хендерсън посочва, че сестринските грижи трябва да са свързани с лекарствената терапия, и с процедурите, предписани от лекарите, при това за осъществяване на сестринските намеси може да се наложи участие на членове на семейството на пациента.

Роля на сестрата – от една страна сестрата е самостоятелен и независим специалист в системата на здравеопазване, тъй като тя изпълнява функции, които пациентът не може да изпълни, за да се почувства достатъчно независим, а от друга страна – сестрата е помощник на лекаря, изпълнявайки неговите назначения.

Оценка на качеството и резултатите от грижите са възможни само тогава, когато са удовлетворени всички ежедневни потребности, по отношение на които е предприета сестринска намеса.

Фундаментални потребности на човека според В. Хендерсон

1. **Да диша нормално** - Медицинската сестра трябва да може да измерва и регистрира дишането, да познава нормалните стойности и патологичните отклонения при дишането, да провежда кислородотерапия, да извършва изкуствено дишане при необходимост, да поддържа чисто помещението на пациента, периодично да проветрява. Познанията на медицинската сестра за нормално дишане, за заболяванията, при които се очакват затруднения или промени в дишането на болния и какво конкретно трябва да направи тя, за да облекчи дишането му е основна грижа за всеки болен. Изборът на подходящо положение в леглото, проветряване на болничната стая, осигуряване на подходяща температура и влажност на въздуха, отстраняване на неприятни миризми, ползване на инхалатор, отказване от тютюнопушене и т.н. са дейности, които сестрата трябва да извършва ежедневно, без указания и изисквания от лекуващия лекар.

2. Да се храни и приема достатъчно течности – спазването на определена диета, познаването на културното ниво и навиците при хранене на болния, неговите вкусове и възможности за самостоятелно хранене. Хранене чрез сонда. Да приема достатъчно количество течности /2,5-3 л/ и да предотвратява обезводняване.

3. Да отделя чрез всички отделителни пътища – Познаването на физиологията на органите на отделителната система, стомашно-чревния път и патологичните отклонения, които могат да настъпят, е от съществено значене за работата на медицинската сестра при конкретния болен. Ежедневното осведомяване от него и личните и наблюдения върху екскретите /уриниране, дефекация/, резултатите от лабораторните изследвания са ежедневна грижа на медицинската сестра. При затруднено уриниране, незадържане на урина, запек или незадържане на изпражнения /поведение на медицинската сестра/.

4. Да се движи и поддържа правилно положение на тялото – ходене, сядане, лягане и промяна на положението. Познавайки добре състоянието на болния, неговите възможности за ходене и придвижване, медицинската сестра трябва да го подпомага, ако болния има нужда от помощ при ходене и да не го оставя продължително време в едно и също положение /декубитус/.

5. Да спи и почива - осигуряването на достатъчна почивка и пълноценен сън на болния е важно задължение на медицинската сестра. Премахването на дразнещите причини, като шум, миризми, неприятни гледки, замърсен въздух, ярки светлини, осигуряването на комфортно легло, свеж въздух и благоприятна t, борба с болката и др., е ежедневна грижа на медицинската сестра /96 % от болните имат нарушен сън, в следствие от неадекватна аналгезия през нощта/.

6. Да избира подходящо облекло, да се облича и съблича – в зависимост от състоянието на болния при нарушени възможности за

самообслужване медицинската сестра подпомага болния при обличане и събличане. В програмата за възстановяване на своята самостоятелност болният ежедневно трябва да бъде обучаван за достигане на това ниво и възможности, което е имал преди заболяването си. Избор на подходящи дрехи за сезона и температурните особености, съобразяване с културата и религията на пациента /средства за покриване на главата влияят върху температурата/.

7. Да поддържа температурата на тялото си в нормални граници чрез приспособяване на облеклото и промяна в околната среда – постига се чрез климатизация на околния въздух, чрез носене на подходящо за сезона облекло. Медицинската сестра трябва да следи за температурата в болничната стая, степента на влажност, проветряване, увеличаване или намаляване на дрехите на болния.

8. Да поддържа тялото си чисто и спретнато и да предпазва кожата си - ежедневно задължение на медицинската сестра е да държи поверените ѝ болни при най-голяма чистота – независимо от тяхното състояние, хигиенна култура и здравни навици. В зависимост от състоянието на болните се прибягва към изкъпване, частичен сутрешен и вечерен тоалет, тоалет на тежко болен, тоалет против декубитус, измиване преди и след хранене, сресване на коса и бръснене, грижа за зъбите и устната кухина, грижа за интимните части, грижа за ноктите.

9. Да избягва опасностите от околната среда и да избягва нараняване на другите - боледуването, незнанията на някои болни могат да представляват опасност както за самия болен, така и за околните. Предпазването от вътреболнична инфекция налага запознаване на болните с необходимостта за спазване на някои хигиенни изисквания. В болнична среда опасност за болните могат да представляват някои инсталации, апаратура, асансьори, риск от падания, риск от инфектиране, изгаряне,

висок риск от електротравма, риск от нараняване с химически средства/дезинфектанти, избелители.

10. Да общува с другите чрез изразяване на емоции, нужди и чувства – човекът е социално същество. Общуването с другите хора е една естествена необходимост. В процеса на боледуване и при хоспитализация болния е разделен от своя дом, семейство и близки и за това доверието, което се изгражда между него и медицинската сестра, допринася за поддържане на нормални взаимоотношения между тях и действа благотворно на психиката на болния. Затруднения в общуването при болни с: внезапна травма на гръбначния мозък, при деца с аутизъм, при болни с Алцхаймер, при болни с проблеми, свързани с речта/ларингити, фарингити, заекване, при афазия, при моторна апраксия или сензорна агнозия/, при проблеми със слуха, зрението, при хемиплегии и параплегии. Ролята на медицинската сестра е да съчувства, да съпреживява, да умее да слуша и проявява пълно внимание и уважение към пациента, да разпознава скръбта и депресията на пациента при загуба / при хемиплегии, загуба на зрение и слух и т.н. /.

11. Да изповядва своята вяра – при желание на пациента медицинската сестра да осигури свещеник или друго духовно лице, да се съобразява с религиозните особености на пациента. Медицинския специалист трябва да умее да обгрижва пациентите по правилата на добрата медицинска практика независимо от пол, възраст, раса, социална прослойка, религия или друг признак.

12. Да извършва дейности, които му доставят чувство за пълноценност - медицинския специалист трябва да подпомага пациента за извършване на определена работа, да практикува хоби, да извършва интелектуален труд.

13. Да играе или да участва в различни форми на развлечения – продължителният престой в болница налага в ежедневната програма да

бъдат включени занимания, които ще допринесат за психическото разтоварване на болния / слушане на музика, гледане на телевизия, четене, игри /.

14. Да учи, да разкрива или да задоволява своята любознателност, което води до "нормално" здравословно развитие - медицинския специалист трябва да притежава необходимите знания и умения за обучение по проблемите на: личната хигиена, профилактиката и превенцията на различни заболявания, хранителния и двигателен режим и др.

Компоненти на основните сестрински грижи

1. Подпомагане на пациента по отношение на дишането.
2. Подпомагане на пациента при ядене и приемане на течности.
3. Подпомагане на пациента по отношение на отделителната функция.
4. Подпомагане на пациента в поддържане на желаната поза при ходене, седене и лежане и при преместване от едно положение в друго.
5. Подпомагане на пациента по отношение на почивката и съня.
6. Подпомагане на пациента при избиране на дрехи, при обличане и съблича не.
7. Подпомагане на пациента в поддържане на температурата на тялото си в нормални граници.
8. Подпомагане на пациента да поддържа тялото си чисто, да е добре сресан и да предпазва кожата си.
9. Подпомагане на пациента за избягване на опасностите в заобикалящата го среда; и предпазване на другите от всякаква потенциална опасност от страна на пациента, като инфекция и насилие.
10. Подпомагане на пациента да общува с другите – да изразява потребностите и чувствата си.

11. Подпомагане на пациента да изповядва религията си или да следва своите разбирания за добро и лошо.
12. Подпомагане на пациента в работата или в творческата му дейност.
13. Подпомагане на пациента по отношение на дейности, свързани с развлечение, отмора и възстановяване.
14. Подпомагане на пациента при учене.

Подпомагане на пациента при дишане

Животът зависи от обмяната на газовете, но малко хора осъзнават колко силно зависи качеството на здравето от характера на дишането. Внимателното наблюдение на характера на дишането от страна на сестрата е много важно. На пациентите трябва да бъдат показвани подходящите пози при стоене, седене и лежане, които позволяват оптимално разширяване на гръдния кош и свободно използване на всички дихателни мускули и да се обясняват ефектите на тези положения на тялото. Когато пациентът се нуждае от помощ при поддържане на такива пози, сестрата трябва да избере най-подходящото легло и столове и да използва възглавници и подплънки за поддържане на пациента в положение, което подпомага нормалното дишане.

Недостатъчен газов обмен може да се среща не само при лоша поза, но и при емоционален стрес и редица други състояния. Ето защо, сестрите трябва да са нащрек по отношение на признаци за препятствие на достъпа на въздух и да са готови при дадени обстоятелства да приложат средства за облекчаване на дишането. Тъй като нищо друго не е така опасно за живота, както блокирането на дишането, пациентът, който е предразположен към такова състояние, трябва да знае коя е причината за това, как да облекчи състоянието си и, ако е възможно, как да го предотврати. В такива случаи сестрата разработва заедно с лекаря образователна програма за всеки пациент; като поема повече или по-малко отговорност за обучението заедно с лекаря.

Желателно е целият медицински персонал, а така също и пациентите, и посетителите, да бъдат запознати с основните принципи при подаване на кислород и други газове, тъй като тези процеси крият редица опасности за околната среда.

Всяка болница трябва да наема експерти, които да наблюдават подаването на газове на болните. Те могат да бъдат медицински сестри или други специалисти. Тези експерти трябва да са на разположение през цялото денонощие.

Всяка сестра трябва да може да прави изкуствено дишане, а заедно с това и животоспасяващи сърдечни масажи. Замърсяването на въздуха е основен проблем в индустриалните и пренаселени общности. Сестрите, като здравни работници, трябва да участват в или дори да създават програми за контрол на замърсяването.

Сестрите трябва да бъдат много внимателни по отношение на температурата и относителната влажност на околната среда и наличието на дразнители във въздуха, включително и неприятни миризми. Да се предостави здравословен въздух чрез естествена вентилация и поддържане на чистота.

Подпомагане на пациента при ядене и приемане на течности

Няма по-важен елемент при подготовката на медицинските сестри от изучаването на храненето. Докато лекарят предписва диета на пациентите в болницата, то сестрите в училищата, в предприятията и по домовете имат възможност за оказване на ежедневно влияние върху пациентите, които нямат достъп до лекарите за съвети по отношение на храненето. Дори и в тези болници, където има лекари и диетолози, сестрите са тези, които са денонощно с пациентите и могат най-добре да ги насърчават по отношение на яденето и приемането на течности. Сестрите са тези, които имат най-голяма възможност да забележат какво харесва и какво не харесва пациентът от предписаната диета и да наблюдават и докладват, когато

храносмилането е незадоволително. Сестрите трябва да могат да дават съвет по отношение на стандартите за ръст и тегло, изискванията за хранене, избора и приготвянето на храната. От такава помощ особено се нуждаят майките и никоя друга услуга на сестрата, работеща в областта на общественото здравеопазване, не се цени по-високо, отколкото нейните съвети по отношение на хранителните навици на децата.

Здравното възпитание е успешно само тогава, когато се взема предвид културата и социалната среда в семейството. За да бъде то ефективно, сестрите трябва да познават навиците за хранене, вкусовете в семейството. В някои случаи на семействата се позволява да носят на болния храна или да идват в болницата и да приготвят храна, когато персоналът принадлежи към друга култура и не може да усвои достатъчно бързо начините за задоволяване на диетичните нужди на пациента, които са продиктувани от обичаите на неговата нация.

Подобряването на интравенозното хранене и интубацията през носа са довели до спасяване на хиляди случаи на живот, но и двата метода до известна степен са опасни и болезнени, докато яденето не само не е опасно, но обикновено то доставя и удоволствие. Наличието на достатъчен брой компетентни сестри и добре приготвена храна, която да се предлага на пациентите, би трябвало да намали съществено предписването на парентерално хранене в болниците. Обикновено сестрата е отговорна за предаването на лекарските разпореждания относно диетата на обучен в областта на диетологията персонал. Ако тези, които приготвят храната са необучени, както е в много институции и в домашни условия, то сестрата е отговорна за разясняване на изискванията към храната, оказване на помощ при приготвянето на пациента. Тъй като тя прекарва с болния повече време, отколкото всеки друг, тя има най-добра възможност да разбере какво пациентите обичат да ядат и пият; да способства за изграждане на

повечето от техните здравословни навици и да ги съветва да се откажат от нездравословните такива.

Тежко болните или инвалидизираните лица често не могат да се хранят сами. В такива случаи храненето се извършва от сестрите или със подготвени доброволци да правят това. По какъвто и начин да бъде хранен пациентът, сестрата е тази, която трябва да преценява апетита му и адекватността на приеманата храна. Нуждите от медицински предписания за промени в диетата, за парентерално хранене или за прекратяване на парентералното хранене зависят от наблюденията и докладите на сестрата. При определени условия пациентите изискват парентерално хранене и за тази цел всички професионални сестри трябва да могат да въвеждат стомашни сонди през устата и носа. Те трябва също да са запознати или да знаят къде да намерят и как да подготвят подходящите съставки за хранене със сонда за пълни диети за всички възрасти.

Подпомагане на пациента по отношение на отделителната функция

Важно е сестрата да може да преценява отделителната функция според вида на отделените вещества. По същия начин нейната информираност за нормалните стойности на екскретите трябва да й даде възможност да разчита компетентно лабораторните данни и да интерпретира съобразно с това нуждите на пациента. Например, когато лабораторните данни показват високо концентрирана урина, това означава, че приеманите течности са недостатъчно или пък пациентът губи течности по други пътища. Сестрите трябва също така да могат да извършват преценка по миризмата или вида на екскретите, тъй като когато те са доста абнормални, лекарят трябва да има възможност да ги изследва. Определени отклонения от нормата, такива като наличие на обилна кръв в изпражненията или повръщане на кръв, изискват незабавна намеса на лекаря и предприемане на спешни мерки. Основните сестрински грижи

включват събиране на екскрети от всички кухини на тялото по лекарски предписания за диагностични цели и подходяща подготовка на проби за лабораторен анализ.

Отделителната функция, както и храненето, са тясно свързани с емоциите. Стресът често се съпровожда с често уриниране, с диария или запек. Тревожният пациент може да иска да уринира на всеки час и въпреки това да няма органични увреждания на пикочната система. Депресираният пациент може да изкара дни наред без дефекация. При всяко хипоактивно състояние, като, например, остър алкохолизъм, дебелото черво е изложено на задръстване – състояние, което трябва да се предотврати, тъй като неговото коригиране е болезнено и отнема много време.

По време на дефекация и уриниране трябва да бъде предоставено физически комфорт според изискванията на възрастта и обичая. При пациенти, използващи нощно гърне, леглото от към главата може да бъде повдигнато, а краката им трябва да се държат в свито положение. Инвалидните колички могат да бъдат приспособени за поставяне на нощно гърне, ако пациентът може да става от леглото. Сега се правят столове, които могат да се поставят върху тоалетната чиния. Сестрите трябва да използват наличните ресурси по най-добър начин, но част от тяхната функция е да интерпретират променящите се нужди на пациента и да правят колкото е възможно повече за подобряването на обкръжаващата среда.

При обгрижване на бебе, дете или възрастен с инконтиненция кожата на пациента трябва да бъде предпазвана от възпаление, а също така да се пазят дрехите и спалното бельо. Майките и сестрите, които обръщат много голямо внимание на отделителната функция, могат без да искат да осакатят малкото дете емоционално, докато пък пренебрегването на изграждането на добри навици за отделяне може да увреди общото здравно

състояние на детето. Ето защо, обучението на сестрите за извършване на тоалет на бебето и ефективността на рехабилитацията при възрастен по отношение на отделителната функция, могат да бъдат твърде важни критерии за определяне качеството на сестринските грижи.

Когато даден пациент се поти прекалено много, той има нужда от помощ за справяне с такива проблеми като грижа за кожата, осигуряване на комфорт, контрол върху миризмите и предпазване от простуда. Тези проблеми, както и изключително сухата кожа са състояния, с които обикновено се занимава сестрата, въпреки че и лекарят може да предпише нещо за тях. Функцията на сестрата е да намали тези проблеми до минимум, ако не може да създаде условия за пълното им преодоляване. Именно на сестрата се отрежда също така функцията да помага на пациента да предпазва другите лица от контакт с всички телесни екскрети и да обезпечава условия и оборудване за това. Незабавното отстранявяне на изпражненията и чистотата на съдовете са от първостепенна важност; понякога се налага използване на дезинфектанти и дезодоранти. В области с преобладаване на чревни инфекции и паразитози, изхвърлянето на изпражненията представлява значителен обществено-здравен проблем. Сестрата може да бъде основното действащо лице в осъществяване на конкретна здравно-образователна програма в това направление.

Подпомагане на пациента в поддържане на желаната поза при ходене, седене и лежане и при преместването му от едно положение в друго.

Напоследък особено значение се придава на механиката на тялото при оказване на основни сестрински грижи. Неудобната поза може да предизвика притискане на жизнено важни органи, което да доведе до нарушаване на здравето. Сестрата трябва да познава принципите за поддържане на равновесие, регулиране и подкрепа. Тя трябва да може да постави човешкото тяло в добро хоризонтално положение и да го подкрепя

във всички приемливи пози в леглото; а именно лежане странично, по гръб, по очи и седене в леглото. Тя трябва да бъде в състояние да подпомага дадено лице при седене на стол и да променя позите му. Желателно е сестрата да бъде добре запозната с начините за смяна на чаршафите и с механичните приспособления, които облекчават повдигането на човешкото тяло в случай на нужда.

Задължение на сестрата е да не допуска нито един пациент да лежи в една и съща поза твърде дълго. Профилактиката на декубитус при прикованите на легло пациенти чрез честа смяна на позата и поддържане на чистотата на тялото е често използван критерий за качеството на оказаните сестрински грижи.

Подпомагане на пациента да почива и да спи

Здравият човек приема съня за даденост, докато не се лиши от него вследствие на болка, нещастие със съпровождащо го напрежение, или поради необходимостта да стои буден. Неспособността да почива и спи е една от причините, а така също една от проявите, съпътстващи заболяването. Психиатърът, общопрактикуващият лекар, сестрите и други здравни работници, и дори хората без медицинско образование, изучават ефектите на стреса. Стресът и напрежението представляват едно нормално състояние. Стресът става патологичен само тогава, когато не може да бъде контролиран и когато напрежението не се облекчава чрез достатъчни периоди на релаксация или почивка и сън. Прекомерната зависимост от сънотворни лекарства се явява едно самопризнание относно възможността на много хора да контролират стреса или напрежението. Употребата на хипнотизиращи и наркотични вещества по време на заболяването може да стане източник на пристрастяване към лекарствата. Това е един лесен и бърз начин за облекчаване на болката и безсънието, и пациентите често се изкушават да използват такива лекарства неблагоразумно. Експертите в областта на терминалните грижи за пациенти с някои ракови заболявания,

например, когато болката е неизбежна, считат, че по-добре е да дават наркотици в подходящи дози през регулярни интервали, отколкото по молба на пациента. Сестрата може да допринесе доста, по своя собствена инициатива, за намаляване на нуждата от хипнотични и наркотични вещества. Всичко, което прави денят по-приятен за личността, всичко, което увеличава неговото усещане за благополучие и което може да го накара да почувства, че денят е преминал добре, увеличава шансовете за естествен сън.

Отстраняването на дразнещи влияния, такива като неприятни звуци, миризми или гледки, ще помогне да се предизвика сън. Масажът може да служи като приспивателно средство. Подходящата музика може също да предизвика сън. Добре подбраното подходящо четиво може да действа приспивателно, защото то отвлича вниманието от проблемите, които причиняват безсънието.

Подпомагане на пациента при избиране на облекло, при обличане и съблича

Облеклото е част от ежедневието и има твърде важно значение. При кърмачетата, безпомощните, лицата в безсъзнание или некомпетентните пациенти, сестрата е принудена да избира дрехите и да контролира поддържането им в изправност. Денят и нощта за повечето хора се свързват със смяната на облеклото. Този нормален цикъл се прекъсва, когато пациентът прекарва 24 часа в дрехи, предназначени за сън и това често може да допринесе за дезориентация по време на боледуването. Във всички случаи, прекъсването на нормалните навици за обличане трябва да бъде сведено до минимум, ако искаме да предотвратим изолирането на пациента от живота.

Медицинските сестри могат да помогнат на пациентите да осъзнаят, че тяхната свобода по отношение на облеклото не е нарушена без необходимост. Медицинската сестра може да намали до минимум времето,

което пациентът прекарва лишен от облекло или облечен в неподходящи дрехи, а също така тя може да насърчи пациента в избора на дрехи, които го правят активен участник в живота, колкото по дълго е възможно това. По отношение на болния и инвалида, медицинската сестра трябва да предостави и физическа помощ, от която те се нуждаят при обличане и събличане.

Подпомагане на пациента да поддържа своята телесна температура в нормални граници

Телесната температура се поддържа в нормални граници чрез кондициониране на въздуха и чрез вида на носеното облекло. Когато индивидът е здрав, той може обикновено да се придвижва от неприятно студена или гореща стая или да влиза и излиза от стаята навън. Заболяването често ограничава тази свобода. Болният човек е оставен в ръцете на тези, които поддържат необходимата температура на околната среда и той може да страда психологически, а така също и физически от течение, от студена, влажна или прегрята стая. Основните сестрински грижи включват, когато това е възможно, поддържане на температурата на пациента в нормални граници, според показанията на термометъра.

При кърмачетата и пациентите в безсъзнание и в условията на много студен и влажен климат, преценката на сестрата и нейната способност могат да бъдат подложени на изпитание. Изборът на подходящо облекло не може да се разглежда изолирано от този проблем, нито пък е единствено решение на проблема.

Медицинските сестри трябва да познават физиологичните принципи на топлообразуването и топлоотделянето и да бъдат в състояние да подпомагат който и да е от двата процеса чрез промяна на температурата, влажността или движението на въздуха; или чрез даване на съвети на пациента за намаляване или увеличаване на своята активност, за промяна на своя хранителен режим или за промяна на телесното си покритие.

Сестрата трябва да бъде в състояние да предложи и приложи подходящи вани, компреси или други процедури за повишаване или спадане на телесната температура.

Продължителният престой на открито може да бъде рискован. Сестрата трябва да бъде информирана за начините за предпазване на очите и кожата от слънчевата светлина или на крайниците от студ.

Подпомагане на пациента да поддържа тялото си чисто и да е добре сресан и предпазване на кожата

Чистотата, подобно на облеклото, може да бъде дискутирана от две гледни точки: нейната психологическа и физиологична ценност. Добрият вид на дадено лице е външен израз на неговото състояние на благополучие, точно така както и неговата поза.

Когато се предписва непрекъснато пребиваване на легло в течение на дни или седмици след раждане или операция, или като лечение при повечето остри заболявания, банята в леглото е била, в определен смисъл, основен момент в сестринските грижи. Такъв претенциозен пациент е бил не само зависим от извършването на баня в леглото с цел поддържане на неговия физически комфорт, но по време на самия тоалет той е получавал пълно внимание от страна на сестрата. Възможността да говори, да споделя със сестрата своите тревоги, е допринасяла за психологическия комфорт, а също така и съчувствието, изразено чрез нейните ръце е било удовлетворяващо.

С къпането на пациента, миенето на зъбите, ресането на косата, почистването и подрязването на ноктите му, медицинската сестра се е чувствала така удовлетворена от добрия му външен вид и от облекчаването на най-малките неудобства, както и самият пациент.

Всеки пациент трябва да бъде обезпечен с такива удобства, апаратура и помощ, от каквито той се нуждае за почистване на кожата, косата, ноктите, носа, устата и зъбите. Представите за чистота варират, но

би могло да се очаква, че пациентът не би занижил стандартите си, защото е болен. Напротив, би могло да се очаква, че ниските стандарти биха се повишили. В случаите, когато съществуват натрапчиви мисли, както е при психично болните, добрите основни сестрински грижи биха могли да сведат до минимум такива мисли и да ги контролират. Трудно е да се поставят твърди стандарти. Всяка сестра трябва да бъде в състояние да поддържа пациента чист, независимо от неговата конституция, положение, физическо или емоционално състояние. Очевидно е, че ползването на вана или душ са по-пълноценни, отколкото измиване в леглото. Повечето пациенти биха могли да ползват вана пълно или частични или да бъдат поставени под душ, ако има достатъчно приспособления за удовлетворяване на нуждите на различните пациенти и за облекчаване на подкрепата от страна на сестрата. При предоставяне на баня в леглото трябва да се положат усилия за потапяне на ръцете и краката и за измиване на сапуна или детергента.

Косата трябва да бъде напълно разчесвана поне един път дневно и поддържана добре сресана според стандартите на пациента. Важно е всички сестри да се обучават да почистват ефективно устата и зъбите на болния и безпомощния, независимо от състоянието на съзнанието му и заеманата позиция в леглото.

Кърмачетата, а така също деца и възрастни в състояние на пространия, не могат да отстранят чрез издухване в носна кърпа коричките, които се образуват в носа. Тези секрети трябва да бъдат отстранявани от сестрата с помощта на напоен с течност или мехлем памук. Сестрите трябва да бъдат в състояние да дават надеждна информация относно избора на козметични средства и някои козметични процедури.

Подпомагане на пациента да избягва опасностите в заобикалящата го среда и предпазване на другите от всякаква

потенциална опасност от страна на пациента, такава като инфекция или насилие

В състояние на здраве индивидът е свободен да контролира заобикалящата го среда или да я променя, когато реши, че тя го застрашава. Заболяването може да го лиши от тази свобода. Предпазването на пациентите с делириум и психози представлява значим проблем. Предпазвайки самоубиеца от унищожаване и човекоубиеца от нараняване на други са удивителни примери за защитната функция на основните сестрински грижи. Важна част от основните сестрински грижи е подпомагането на пациента да предпазва себе си от механични наранявания, както е при падане; от такива физически опасности като огън; от токсични химикали; от животински вредители и насекоми и от постоянните патологични микроорганизми в заобикалящата среда.

Обучението по проблемите на безопасността са част от подготовката на всяка сестра. Независимо къде работи – дали по домовете, в училища, предприятия или здравни заведения, сестрата е в позиция да подпомага предпазването от злополуки. Програмите за профилактика на инциденти в домашна обстановка се оказват най-ефективни, когато медицинските сестри работят заедно с инженери, педагози и главите на семействата.

Сестрите са в позиция да съдействат за конструкцията на сградите, закупуването на оборудване и начина на поддържането, така че да се намалят до минимум вероятностите за физическо увреждане. Сестрите са онези, които трябва да контролират стерилизацията на инструментите, дезинфекцията на помещенията, съдовете за хранене, тоалетните принадлежности и бельото, което се предоставя на пациентите да бъде подложено на високи температури или облъчване.Те биха могли също да настояват всяко нещо, което влиза в контакт с рана, да бъде стерилизирано с пара под налягане или продължителна експозиция на силна суха топлина или на облъчване.

В целия обществен живот всеки индивид представлява един потенциален риск, тъй като той може да има недиагностицирана туберкулоза, неразпознато венерично заболяване, подостра стрептококова инфекция на гърлото или може да бъде носител на чревно заболяване. Основните сестрински грижи би трябвало да предоставят оптимална защита за всеки пациент. Измиването на ръцете от сестрите; използването на маски, мантии и ръкавици, когато това е показано, снабдяването със средства за еднократна употреба, дезинфекцирано или стерилно оборудване и материални запаси – всичко това са аспекти на защитната функция на сестрата.

Подпомагане на пациента да общува с другите – да изразява потребностите и чувствата си

Медицинската сестра подпомага лицата, които обслужва, по отношение на всяка функция толкова комплексно, индивидуално и така свързано с цялостната личност, както е при комуникацията. Майката говори от името на кърмачето или болното дете, което не може да изрази своите нужди и чувства и тя го насърчава да общува с нея чрез всички средства с които разполага. Майката обикновено така успява, че тя с увереност казва “то е уморено”, или то “е гладно”, или “то е изплашено”, докато друго лице може да изпадне в затруднение, опитвайки се да разбере какво не е наред. Тя се опитва да развива у детето чувство на независимост и освобождаване от чувството на страх в човешките взаимоотношения. Сестрата се явява неизбежно интерпретатор и насърчавайки положителните взаимовръзки у пациента, тя повишава неговото общо благополучие, както прави една добра майка. По-трудна за сестрата е ролята й на интерпретатор при подпомагане на пациента да разбере себе си, да промени условията, които са довели до заболяване и да възприеме онова, което не може да се промени. Отделянето от семейството и приятелите и страхът от променените отношения, са отговорни за голяма

част от страданията, съпровождащи заболяването. По същия начин семейството и приятелите страдат, когато заплахата от смърт заставя пациента да концентрира цялата си енергия върху възстановителния процес, поради което в такива случаи той може да изглежда напълно безразличен към тях. Колкото по- голямо разбиране проявява сестрата, колкото повече доверие предизвиква тя у пациента и семейството, толкова по-способна е тя да помогне на пациента да преодолее психологическите опасности от заболяването.

Сестрата може да съдейства за провеждане или да участва с удоволствие в съвещания, насочени към пациента, където всички лица, занимаващи се с грижите за пациента обединяват своите познания и преценка в негова полза. Когато сестрата действа като посредник, нейната функция на подпомагане на пациента да комуникира с лекаря, когато той вижда само за кратко време, е един от най – важните аспекти на основните сестрински грижи.

Подпомагане на пациента да изповядва религията си или да следва своите разбирания за добро и лошо

В течение на столетия съществена част от етичния кодекс на медицинските работници е да обслужват пациента независимо от неговата раса, вероизповедание или цвят. Лекарите и сестрите не се опитват чрез своите професионални възможности да променят светогледа на пациентите си, за да възприемат техните духовни ценности. Част от сестринския етичен кодекс е да пазят най-стриктно всичко, което им казват пациентите. Информацията, споделена с лекаря, е защитена, защото досието на пациента представлява поверителен документ. Зачитането на духовните нужди на пациента и помощта за тяхното удовлетворяване представляват съществена част от основните сестрински грижи при всяка една ситуация.

Концепцията за предоставянето на възможност на пациента да практикува своята религия включва: подпомагане на пациента да отиде до

мястото на богослужението или осигуряване на духовник от съответната вяра да дойде при него; осигуряване на условия, при които пациентът да може да говори с духовника в уединение; създаване на възможност за пациента да получи причастия, които са част от неговия религиозен живот. За повечето медицински сестри това не би представлявало трудност, ако те знаят нещо за конкретното вероизповедание на пациента. Това е далеч по-трудно, ако те не се интересуват от това.

Сестринският персонал, който е с пациента ден и нощ, има най-голяма възможност да разбере каква помощ желае пациентът от другите лица и какви конфликти възникват от рутинната болнична практика. Колкото по обширни са сестринските познания за религиите, колкото по-силна е вярата в тяхната изцелителна сила, колкото по-високо развита е сестрата в духовно отношение и колкото по-широка е нейната толерантност към всички видове религии, толкова по-добро ще бъде обслужването на пациентите.

Подпомагане на пациента по отношение на работата или творческата му дейност

За повечето от хората един нормален ден включва извършването на нещо, от което се получава продукт. Продуктът от дейността може да бъде материален предмет, който е изработен с ръце или някакво знание, придобито чрез различните сетива.

Болестта се приема с по – малко страх от повечето мъже и жени, ако те могат да продължат да работят. Ако една личност е умствено продуктивна и е с физически ограничения, тя може да прекара години прикована на легло и да доживее до старост. Флоранс Найтингел, например, е прекарала половината от своя живот затворена в стаята си и обикновено на легло, но когато всички нейни писма са събрани, тя доказва, че е имала най – голямата известна дотогава кореспонденция. Работата, която тя е извършила кот „инвалид” е толкова забележителна, колкото и

извършената работа през нейните т. нар. „активни” години. Сестрата, която подпомага даден пациент да планира своя ден, може да насърчава всякаква “работа” и интереси, които той има, създавайки привлекателни условия за ползотворна дейност.

Природата дарява всички организми с желание за оцеляване и когато реалното съществуване е застрашено, цялата енергия се съсредоточава в оцеляването. Да очакваме сериозно болният човек да бъде заинтересован от нещо друго, означава да пренебрегнем един от най-фундаменталните закони на живота. Няма съмнение, обаче, че интересът към работата, която те все още се надяват да извършат, създава това, което представляват “чудесата” на оздравяването при човешките същества.

Медицинската сестра би трябвало да наблюдава признаците на интерес към работата и ако тя е достатъчно знаеща, опитна и умееща, тя ще създаде възможности на пациента да извършва нещо, което му дава чувство за постижение. На индивида трябва да се предостави колкото е възможно по-широк обхват на дейности и при заболяване е по-важно, отколкото при здрав човек, пациентът да се наслаждава на работата.

Рехабилитацията е част от възстановяване на пациента към продуктивната работа. Сестрата никога не бива да пренебрегва важността на подпомагане на пациента да запазва и възвръща независимостта при извършване на своите телесни функции.

Подпомагане на пациента по отношение на дейности, свързани с развлечение, отмора и възстановяване

Развлечението или играта, за разлика от работата, е дейност, предприемана за удоволствие, а не заради продукта, макар че забавлението може да доведе и до продукт. Повечето хора прекарват деня си в слушане на музика, четене за удоволствие, а не за назидание, играене, гледане на телевизия или филм, ходене на театър, посещение на музей, яздене, плуване, разхождане, шофиране, танцуване или извършването на

упражнение по някакъв забавен начин. Ловуването и пазаруването на желани предмети са също сред любимите форми на развлечение.

Доста често болестта лишава болните от благоприятната възможност за разнообразие и ободряване; за успокоение или почивка. В някои болници прикованите на легло пациенти се поставят в инвалидни колички един или два пъти дневно и се придвижват до стаите за отдих или навън. Когато болното лице е в дома, рядко се налага то да бъде ограничавано. Всекидневните и ежедневни вестници могат да помогнат за поддържане на чувството на болните, че те са ”в течение на нещата от живота”. Лицето, което е тежко болно и няма възможност да чете само, изпитва удоволствие, когато му четат или когато слуша. Ако медицинската сестра е достатъчно подготвена, тактична и надарена с въображение, тя може да осигури възможност за слушане на музика, различни игри или участие в разнообразни дейности.

Подпомагане на пациента да се обучава

Заболяването или инвалидността могат да бъдат причинени от вроден дефект, но по-често те са резултат на нездравословен режим, който е наложен на индивида от икономически и други обстоятелства. Понякога на човек му липсва мотивация да живее според установените добри здравни правила, така както той ги разбира. Често, обаче, човек е болен, защото не познава и следователно, не може да прилага на практика всичко, което е било открито по отношение на профилактиката или лечението на заболяването, от което той страда. В такива случаи неговото оздравяване или задържането на развитието на заболяването зависи от допълнителното му здравно възпитание. Най-важното е самият пациент да участва в планирането на съответния режим, да го приема и желае – в противен случай той няма да го изпълнява, освен ако не бъде принуден. Колкото повече инициатива се предприема от страна на пациента, толкова по-вероятно е програмата да бъде ефективна.

Функцията на сестрата при подпомагане на пациента да се обучава е много голяма, особено по отношение на промоция на здравето и възстановяването след заболяване, тъй като тя прекарва много повече време с пациентите отколкото лекаря.

Сестрата е длъжна да обучава. Тя може да прави това съзнателно или несъзнателно; тя може да го планира или да го прави според обстоятелствата; тя може да обучава творчески или по наизустен начин. В повечето случаи лекарите предписват самолечение за пациентите и приемат, че болничната сестра, училищната сестра, участъковата сестра и сестрата в предприятието ще ги научат как да провеждат съответното лечение. Понякога лекарят би изпаднал в затруднение, ако бъде помолен от пациента да демонстрира някои от процедурите, които предписва. Сестрата, повече от всеки друг медицински работник, може да превърне целия опит на пациента по отношение на заболяването във възможност той да се научи да живее по-пълноценно.

Обучението е присъщо на всичко, което прави медицинската сестра, въпреки че това не означава то да се остави на случайността или да се приеме, че то ще бъде извършено добре. Сестрата, повече от всеки друг медицински работник, може да превърне целия опит на пациента по отношение на заболяването във възможност той да се научи да живее по – пълноценно. Всеки път, когато сестрата прави нещо за пациента, тя трябва да се пита дали не би трябвало да обучи пациента или член на неговото семейство, как да провеждат дадена дейност или някакъв аспект от нея. Нейната постоянна цел трябва да не напуска съзнанието й – да помага за възстановяване на независимостта на пациента, ако това е възможно, за да му помогне да живее колкото е възможно по – пълноценно с неизбежните ограничения или да приеме своя неизбежен край, така че да може да се каже за него, че е „починал с достойнство”.

В. Хендерсън акцентира на грижите както за болните, така и за здравите индивиди и за пръв път включва духовните аспекти на сестринските грижи. Според нея сестрата подпомага пациента с основни дейности за поддържане на здравето, възстановяване след заболяване и постигането на независимост и спокойна смърт.

Теорията на Маслоу за човешките потребности служи като база за определяне на потребностите от грижи при пациентите от всички възрасти и при всички клинични условия. Човешките потребности са подредени в йерархичен ред, докато потрбеностите в теорията на Хендерсън са с еднаква значимост.

Грижите за пациента са насочени към уникалността на всеки човек, а не към решаването на отделен проблем. Всяко болестно състояние води до промяна в дейността на съответните органи и системи, както и промени в основните потребности на човека. Лекаря има за цел да определи диагнозата и да назначи съответното лечение, а задача на медицинската сестра е да планира и осъществява грижи за пациенти до неговото пълно оздравяване и нормално функциониране.

Теория на Фей Абделах за типологията на сестринските проблеми. Фей Абделах започва сестринската си кариера през 1942 г. Заема различни ръкводни позиции в периода 1970-1989г. Мотивацията за разработване на типология на сестринските проблеми е породена от желанието й да стимулира развитието на всеобхватни, насочени към пациента сестрински грижи. Основа на нейните разработки е подходът за решаване на проблеми. Тя определя понятието „сестрински проблем" като „всяко състояние, представено от пациента или семейството, за което сестрата може да окаже съдействие". Проблемът може да бъде явен (видимо състояние, пред което се изправя пациентът или семейството) или прикрит (маскирано или скрито състояние).

Фей Абделах описва 21 сестрински проблема, които могат да се отнесат към три категории: 1. физически, социални и емоционални нужди на пациента; 2. междуличностни взаимоотношения между сестрата и пациента; 3. общи елементи на грижите за пациента. Медицинската сестра може да използва тези 21 проблема като стартова точка за сестринския процес, който представлява начин за решаване на проблемите на пациента.

Теория на Мира Левин за адаптацията и цялостните грижи за пациента. Мира Левин започва сестринската си кариера през 1944г. Разработеният от нея концептуален модел е представен е представен в редица значими публикации: „Адаптация и оценка – основа за сестринската интервенция" (1966), „Въведение в клиничното сестринство" (1969) и „Концептуални модели за сестринска практика" (1988). Според Левин цялостните грижи за пациента имат два компонента: принципите за съхранение и отговора на организма. Сестринските интервенции трябва да подкрепят адаптацията на пациента и неговият отговор на заболяването. Обкръжаващата пациента среда включва вътрешни и външни процеси и медицинската сестра е част от тази среда. Хората отговарят на болестта по индивидуален начин и сестринските интервенции трябва да са съобразени с това. Оценката чрез наблюдение и анализ на данни разкрива уникалните нужди на пациента, които изискват и индивидуални сестрински мерки за възстановяването и поддържането на хомеостазата на индивида и неговото равновесие. Следователно, целта на сестринските грижи е да стимулират успешната адаптация на индивида в четири направления – запазване на физиологическия, структурния, личностния и социалния интегритет (106).

Модел на Марта Роджърс за уникалните човешки същества. Марта Роджърс започва своята сестринска кариера през 1936 г. И заема множество ръководни и лидерски сестрински позиции в общественото здраве, сестринското образование и изследователска работа. През 1970 г. Тя представя за пръв път своя модел в книгата си „Въведение в

теоретичните основи на сестринството". През 1980 г. развива теорията за уникалните човешки същества, която се опира на схващанията й за човека и взаимодействието с околната среда. Човешките същества и околната среда са устойчиви цялостности, които съдържат безкрайни енергетични полета. Роджърс разглежда хомеодинамиката като средство за разбиране на живота и на механизмите, които влияят върху него. Хомеодинамиката предоставя познания на сестрата за това как да действа за насочване на пациента в желаното направление. Роджърс разглежда сестринството като изкуство и наука. Сестринските грижи са уникални, защото те са насочени към човека като цяло. Тяхната цел е да се развива здравето и благополучието на всеки човек.

Теория на Кинг за постигане на целите. През 1981 г. Аймъджийн Кинг публикува „Теория за сестринството: системи, понятия и процес", с което продължава развитието на идеите на Джонсън и Нюман за човешките същества като отворени системи, намиращи се в постоянно взаимодействие с околната среда. Работната рамка на Кинг включва три взаимодействащи си системи: обществото (социалните системи), групите (междуличностните системи) и индивидите (личностните системи). Теорията за постигане на целите обръща внимание на взаимодействието, възприемането, времето, пространството, комуникацията, договарянето, ролите, стреса, растежа и развитието. Човекът се описва като социално, чувствително, рационално, възприемащо, контролиращо, целенасоено, ориентирано към действие и време същество. Целта на сестринството е да подпомага индивидите да поддържат здравето си, за да могат да функционират пълноценно в своите роли.

Теоретичен модел на Уотсън за грижите за човека. Джейн Уотсън (1979, 1985) подчертава, че полагането на грижи е най-ценното нещо, което сестринството предлага на пациентите. То е не по-малко важно от лечението и включва десет фактора: изграждане на хуманистично-

алтруистична ценностна система, внушаване на вяра и надежда, култивиране на чувствителност към себе си и към другите, изграждане на доверие, насърчаване на изразяването на позитивни и негативни чувства, насърчаване на междуличностното обучение, обезпечаване на подкрепяща и защитна психическа, физическа, социокултурна и духовна среда и др. Уотсън разглежда сестринския процес като комбинация от изследователска дейност и решаване на проблеми, при това информацията, с която се сблъскват сестрите не попада в категорията на точните науки и изисква от тях да работят интензивно и да прилагат критично мислене.

Сестринските теории подпомагат медицинската сестра да осмисли и разбере от философска гледна точка своята роля в семейството и да предложи на пациентите своите професионални услуги, които са изключително разнообразни и ще зависят до голяма степен от оценката на потребностите, която ще направи. Предлагането на здравни грижи, които да отговарят на съвременните изисквания на здравно обслужване на населението е невъзможно без добра теоретична подготовка на медицинската сестра, както и изграждане на компетенции и умения за професионално общуване и взаимоотношения с пациентите.

3. Социална значимост на Сърдечно-съдовите заболявания

Социално значимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Те са сред основните причини за заболеваемост и смъртност на населението в съвременните страни. Промените в начина на живот, разнообразните рискови фактори (тютюнопушенето, заседналия начин на живот, стреса, консумация на нездравословна храна) рязко променят честотата и повишават смъртността сред големи групи хора. За да се причисли дадена болест като социално значима, тя трябва да е отговаря на следните белези:

- висока смъртност и заболеваемост сред популациите, която очертава неблагоприятна динамика;
- обхваща големи части от населението в трудоспособна възраст;
- да заема висок дял от структурата от причините за смъртността сред населението;
- да заема висок дял от разходите за лечение и рехабилитация;
- да налага наличието на специализирана медицинска помощ ;
- да изисква комплексна терапия и да се прилага високотехнологична апаратура;
- да носи високи социални, икономически и психологически вреди на населението;
- да ангажира различни обществени фондове и социалната служба вследствие на продължителната нетрудоспособност и инвалидизация.

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са причина номер едно за смъртните случаи сред населението на Европа. Те съставляват половината от всички смъртни случаи в Европа, причинявайки смъртта на повече от 4.35 милиона в държавите членки на европейския регион на СЗО и повече от 1.9 милиона в държавите от Европейския съюз. Сърдечно-съдовите заболявания са още основен фактор за инвалидизиране на населението и намаляване на качеството на живот. Въпреки това ССЗ могат да бъдат

предотвратени. Според СЗО умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борбата със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали сърдечно-съдовата смъртност наполовина. Честотата на сърдечно-съдовите фатални или не инциденти намалява в Северна, Южна и Западна Европа, докато в Централна и Източна Европа има тенденция към увеличаване на сърдечно-съдовите събития. Въпреки че смъртните случаи следствие на ССЗ в Европейския съюз намаляват, се увеличава броят на хората живеещи със ССЗ. Този парадокс се дължи на повишаване на преживяемостта и удължаване на живота на сърдечно болните. ССЗ са причина за смъртта на повече хора в сравнение с всички онкологични заболявания взети заедно. Висок е и процента с населението с нисък социално-икономически статус. Добре познатите основни рискови фактори за ССЗ включват тютюнопушенето, повишеното кръвно налягане и серумен холестерол, начин на живот, хранителни навици и физическата активност. Други фактори свързани със ССЗ са затлъстяването, захарният диабет, прекомерната употреба на алкохол и стреса. Решенията на Европейски парламент относно сърдечно-съдовата заболеваемост подчертават важността от действия, както на популационно, така и на индивидуално ниво, особено чрез локализиране на високорисковите пациенти. В Декларацията от Люксембург, приета при председателството на Люксембург, се постига споразумение между представителите на Здравните министерства на страните членки, както и между европейските и национални кардиологични дружества и организации, за енергично стартиране и заздравяване на превенцията и профилактиката на ССЗ, както и за осигуряване на адекватни мерки и политическа подкрепа във всички европейски страни. Целта на Европейската харта за сърдечно здраве е да редуцира значително бремето на ССЗ в ЕС и европейския регион на СЗО, и да намали неравностойното му разпределение между отделните държави.

В този документ терминът „Сърдечно здраве” включва сърдечните болести, мозъчно-съдова болест и други атеросклеротични съдови заболявания. ССЗ са многофакторни състояния и е важно всички рискови фактори и детерминанти, отговорни за тяхното развитие, да бъдат повлияни, както на обществено, така и на индивидуално ниво. Особеностите на сърдечното здраве включват: неупотреба на тютюн; адекватна физическа активност - поне 30 минути на ден, пет пъти седмично; здравословни хранителни навици; нормално телесно тегло; кръвно налягане под 140/90; серумен холестерол под 5mmol/l (190mg/dl); нормален глюкозен метаболизъм; избягване на прекомерния стрес.

ССЗ са основна причина за преждевременна смърт в Европа. Те са важен фактор за развитие на инвалидност и водят до нарастване на разходите в здравеопазването. Данните, публикувани от Национален Център по Здравна Информация към Министерство на здравеопазването, разкриват тревожна статистика за сърдечно-съдовите заболявания в България:

- 66% от общата смъртност в България се дължи на исхемична болест на сърцето в това число остър инфаркт на миокарда, хипертонични болести и мозъчно-съдови болести.
- Всяка година близо 6000 българи умират от остър инфаркт на миокарда.

Честотата на ССЗ се увеличава през последните години и е голям социален проблем. България заема едно от първите места по брой на инфарктно болни. Миокардния инфаркт засяга предимно хора около 45 - до 65-годишна възраст, но може да засегне и значително по-млади. Води до ранна инвалидизация и висока смъртност. Болестите на сърдечно-съдовата система включват заболявания на сърцето, исхемична болест на сърцето, артериалната хипертония, атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, ритъмните и проводните нарушения, заболяванията на сърдечните клапи, кардиомиопатиите, заболяванията на мозъчни съдове и

периферни артерии, инсултите, инфарктите, сърдечните дефекти и много други заболявания. При болестите на сърцето пациентите се оплакват от бързо настъпване на умора, ограничаване на физическата активност, задух при усилия или покой, нощни пристъпи на задух, кашлица, отделяне на храчки, преднoторакална болка, дискомфорт при физически усилия или в покой, сърцебиене, тахикардия, прилошаване, замайване, отоци, нарушения в диурезата, бърза промяна на телесното тегло. Според класификацията на NYHA (New York Heart Association), като се основава на субективните оплаквания на болния, степените на сърдечна недостатъчност са четири.

- При първата степен болните са без ограничения на физическата активност. Обичайното натоварване не причинява значителна умора, задух, сърцебиене или ангинозна болка.
- При втората степен болните имат леко ограничение на физическата активност. Те нямат оплаквания при покой, но обичайната физическа активност води до умора, задух, сърцебиене или ангинозна болка.
- Третата степен се характеризира със силно ограничение на физическата активност. Физически усилия, по-малки от обичайните, причиняват лесна умора, задух, сърцебиене или ангинозна болка.
- При четвърта степен оплакванията на болните от задух, умора, адинамия са изразени и в покой.

ССЗ оформят най-високата смъртност в Европа, включително и в България. Близо 50 000 души годишно страдат от сърдечен инфаркт, от тях около 18 000 почиват вследствие на това. 30% от инфарктно болните почиват още преди настъпване на лекарска помощ. 25 000 души годишно страдат от инсулт (мозъчен удар), от тях около 5 000 почиват, а мнозина трябва да продължат живота си парализирани.

България е на едно от първите места в света по смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Една от причините за тази тенденция е

лошият контрол на кръвното налягане. Например от всички болни с високо кръвно налягане в България, едва 6-10% постигат стойности приети за нормални. За сравнение във Франция този процент е 33%, а Унгария 27.8%. Широко известна е максимата, че „високото кръвно налягане е безмълвно, но опасно!”. Това е така защото в продължение на години, заболяването при хипертониците, протича без остри алармиращи симптоми. Ето защо нерядко хипертонията е наричана още „тихият убиец".

ССЗ се причисляват към социално-значимите заболявания. Това са тези заболявания, които определят профила и структурата на смъртността и заболеваемостта в дадена страна или регион. За да бъде включено дадено заболяване в групата на социално значимите, то трябва да отговаря на определени критерии:

- високо ниво на смъртност и заболеваемост сред популацията и очертаваща се неблагоприятна динамика;
- да засяга голяма част от лицата в активна възраст;
- да има висок дял в структурата на причините за смърт сред населението и особено при лицата в активна възраст;
- да има висок дял в структурата на разходите за лечение и рехабилитация;
- да изисква намесата на висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ;
- да налага комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти и използване на високотехнологични процеси;
- да нанася значителни социални, икономически и психологически щети на индивидите, семействата им и обществото като цяло;
- да натоварва обществените фондове и социалните служби поради продължителна нетрудоспособност и инвалидизация.

Сърдечно-съдовите заболявания представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Най-

честите форми на сърдечно-съдовите болести са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. В България особено висока е смъртността от мозъчен инсулт, като според неговата честота нашата страна се нарежда на 5-6 място в света. Вероятността човек да се разболее от сърдечно-съдово заболяване представлява „риск" от тази болест. Такава вероятност съществува при всеки човек, но при някои хора рискът е по-голям, отколкото при други. Няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори" на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се повлияват трудно (мъжки пол, напредване на възрастта, наследствена предразположеност), но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Дори да са наследени по-висока предразположеност към сърдечно-съдово заболяване, това не означава, че непременно ще се разболеем от това заболяване. Напротив, напълно възможно е да се предпазим, ако предприемем мерки, с които да намалим или елиминираме действието на останалите рискови фактори. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено понижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Тези обратими рискови фактори включват: тютюнопушене; липидни нарушения; затлъстяване, особено когато е свързано с голяма коремна обиколка или високи стойности на съотношението на коремната обиколка към обиколката на ханша; високо кръвно налягане; физическа неактивност; висока кръвна захар или диабет; повишена склонност към образуване на кръвни съсиреци – увеличаване слепването на кръвните тромбоцити; повишени нива в кръвта на хомоцистеин (образуващ се при обмяната на сяра съдържащите аминокиселини); психологически стрес; географски фактори (мека питейна вода) и други. Главните рискови фактори -хипертония, дислипидемия, наднормено тегло и захарен диабет - за сърдечно-съдови заболявания,

често се съчетават у един и същ пациент, което рязко увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания. Явлението е добре познато при пациенти с метаболитен синдром, който се характеризира с централно затлъстяване, дислипидемия, повишено кръвно налягане и нарушен глюкозен/инсулинов метаболизъм. В тези случаи, рискът от сърдечно-съдови заболявания е по-голям в сравнение с общия сбор на измерения за всеки фактор по отделно риск. Съчетано, макар и леко завишаване на основните рискови фактори, при като цяло здрави индивиди, е често недооценявано от медицинската общност, въпреки че комбинацията от тези рискови фактори значително увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания. Заболявания, които се крият в общи причини като нездравословно хранене, пиене и пушене и които са признак за сърдечно-съдови заболявания, могат да бъдат превъзмогнати чрез окуражаване на здравословни навици на живот и осигуряване на превантивни здравни услуги. За да се предотвратят сърдечно-съдови заболявания са нужни повече лекари и родители, които да учат младите хора за опасностите от тютюнопушенето и частни корпорации, които да не използват уязвими хора в търсене на печалба. В много развиващи се региони усилията в областта на сърдечно-съдови заболявания се фокусират върху детското и майчиното здраве. Увеличавайки по-нататък доказания успех на тези програми, клиниките могат да се адаптират към променящата се картина на здравето. Здравните послания могат да бъдат прекроени за по-възрастното поколение и същевременно да подчертаят податливостта на младите хора. Здравните работници могат да оказват техническа помощ за групови програми за това как да намалим теглото си и да спрем да прекаляваме с алкохола и пушенето. Очевидно този баланс е труден за постигане, но чрез съвместните усилия на образование, здравеопазване, работодатели и дори министерствата по опазване на околната среда развиващите се страни могат да постигнат значителен прогрес на ниска цена. За постигането на

тези цели е необходимо, както всичко изброено до тук, така и лична мотивация и желание на всеки един човек за по-добър и по-здравословен начин на живот.

Има много различни фактори като околната среда, поведението и физиологията, които взаимодействайки си, оказват влияние за развитието на сърдечно-съдовите болести. Много от причините за сърдечните болести са свързани с поведенческите фактори стрес, враждебност, а оттам и физиологична активност, които се приемат като дадени личностни черти. Установено е, че при страдащите от сърдечни болести е налице висок стрес, ниска социална подкрепа, липса на икономически статус, психологическа депресия. Разпознаването на психосоциалните рискови фактори цели помагане и превенция на сърдечната болест при високо рискови индивиди. Важно благотворно влияние оказва както намаляването на солта, така и на стреса. Изучаването на взаимодействието между околната среда и генетичните фактори също играе важна роля при изучаването на произхода на сърдечните болести. Незначителните ефекти от когнитивните техники за намаляване на стреса като релаксация, йога, упражнения и спортуване също спомагат за намаляване на високото кръвно налягане. Най-малкото те формират един по-здравословен начин на живот. Също е много важно всички тези видове терапии да бъдат комбинирани с медикаментозно лечение за възможно по-голямо намаляване на заболеваемостта и смъртността. Задължително е в бъдеще проучванията да продължават, като се наблегне на ролята на стреса и психосоциалните фактори, като рискови за развитие на коронарни заболявания и хипертония. Нужно е да се наблегне върху проучването на разбирането за точният механизъм на поведенческите фактори, които причиняват риск от заболяванията на сърцето. По-пълното разбиране на тези психосоциални и поведенчески механизми ще подобри грижата на специалистите по здравето и ще ги направи способни да водят по-

ефективни превантивни програми в борбата със сърдечните заболявания, доказвайки подобреното качество на живот на милиони хора по света. Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество, което налага провеждането на по-задълбочени проучвания и изследвания насочени към социалните фактори и възможностите за тяхното преодоляване. Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни хронични заболявания. Сърдечно-съдовите заболявания са основна причина за заболеваемост и смъртност и редица анализи показват, че се очаква това да остана така дори и в бързо развиващите се страни. Сърдечните и съдовите заболявания са група патологии, засягащи функционирането на сърдечния мускул и кръвоносните съдове, включително вените и артериите. Исхемичната болест на сърцето, артериалната хипертония (АХ), атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, ритъмните и проводните нарушения, заболяванията на сърдечните клапи, кардиомиопатиите, заболяванията на мозъчни съдове и периферни артерии, инсултите, инфарктите, сърдечните дефекти и много други се считат за най-честите патологии на сърдечно-съдовата система (ССС). Системата на кръвообращението се състои от сърце и кръвоносни съдове – артерии, вени и капиляри. Основната функция на тази система е пренасянето на неоксидирана кръв от дясната сърдечна половина към белите дробове и пренасянето на оксидирана кръв от лявата сърдечна половина към всички органи и тъкани, в зависимост от техните метаболитни нужди. Главен двигател на този транспорт е сърцето. Той е кух мускулест орган, работи по механизма на клапна мускулна помпа и е разположен в медиастинума. Според данни на Националния център за опазване на общественото здраве, държавата ни е първа в Европа по

смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Сред основните причини за болестите на сърдечно-съдовата система са тютюнопушенето и нездравословното хранене. В основата на сърдечно-съдовите болести е развитието на атеросклеротични плаки, които запушват в различна степен една или повече артерии. Това затруднява притока на кръв и кислород до органите. Сърцето трябва да работи усилено срещу по-голямо съпротивление, за да изпомпва кръвта. За нарастване на атеросклеротичните плаки допринася високото ниво на холестерола в кръвта, възпалителния отговор на организма, окислителните процеси в липидите и други фактори. Над увреденото място в артерията може да се образува тромб, който допълнително я запушва. При пълно запушване на артериите на сърцето или мозъка от тромб, се получава сърдечен инфаркт или мозъчен инсулт. Инсулт може да настъпи също ако даден кръвоносен съд се спука, а това става, когато той е увреден. Това са така наречените „хеморагични инсулти", които се срещат по-рядко в сравнение с инсултите получени вследствие на запушване на артериите, наричани „исхемични инсулти". Бремето на вече установените ССЗ може да бъде намалено чрез ранна диагноза, подходящо лечение, рехабилитация. Важно е също да се подпомага създаването на национални стратегии за откриване и профилактика на високорисковите групи и превенция и грижа за хората с вече установено ССЗ. Оценката на риска е важен момент от клиничната практика, но по-важно е разбирането на лекарите, че множество рискови фактори действат комплексно, и че някакъв риск съществува винаги. Освен това трябва да вземем в съображение и разликата между 10-годишния риск (използван в повечето алгоритми за определяне на риска) и доживотния риск, а така също и влиянието на възрастта върху абсолютния риск.

3.1. Епидемиология и профилактика на Сърдечно-съдовите заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания са сериозен проблем за общественото здраве в световен мащаб поради високото им разпространение и високата смъртност. Сърдечно-съдовите заболявания са група болести, засягащи сърцето и кръвоносните съдове (артерии и вени). Тя обхваща всички заболявания на сърдечно-съдовата система, като сърдечните болести, съдовите болести на мозъка и периферна артериална болест. Водещо е значението на атеросклерозата като основна причина за тяхната поява, развитие и настъпващи усложнения.

Сърцето е своеобразна мускулна помпа, която има собствена проводна система и при нормални условия осигурява оросяването на всички вътрешни органи. При патологични състояния то притежава способността да поддържа оптимален дебит, независимо от нарушението. Това се дължи на четири компенсаторни механизма:

I - тоногенна дилатация /разширение/, чрез повишено пълнещо налягане в камерите т.е. контракциите се увеличават;

II - повишена симпатико – адренална стимулация, чрез симпатико-проводната система се повишава адреналина в надбъбречните жлези и се стимулира повишаване на честотата и силата на камерните съкращения т.е ударния обем се повишава за сметка на систолното налягане;

III - хипертрофията, която представлява нарастване на броя на мускулните групи за сметка на мускулните клетки; получава се, когато се повиши натоварването и напрежението на единица площ на миокарда.

IV - компенсаторни и хормонални метаболитни промени. Повишава се резорбцията на натриевите катиони и вода в бъбречните туболи, активира се ренин – анготензин – алдостерон системата.

Болестите на сърцето засягат трите слоя – ендокард /вътрешния слой/, миокард /мускулния или средния слой/ и перикарда /външната

обвивка/. Заболяванията на ендокарда са най- често възпалителни, които засягат клапите и предизвикват сърдечни пороци. Исхемичното увреждане на миокарда/сърдечния мускул / се нарича исхемична болест /ИБС/ или коронарна недостатъчност. Това увреждане се дължи на несъответствието между големината на коронарния кръвоток и нуждата на миокарда от кислород. То може да бъде предизвикано от остро, подостро или хронично намаляване или прекратяване на притока на кръв към миокарда в резултата на настъпили анатомични или функционални изменения в коронарното кръвообращение.

ССЗ представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Най-честите форми на сърдечно-съдовите заболявания са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. В България особено висока е смъртността от мозъчен инсулт, като според неговата честота нашата страна се нарежда на 5-6 място в света. Храните и храненето могат да повлияят съществено върху риска от развитие на сърдечно-съдовите болести – основните съвременни „убийци” на хората по света

Тази истинска глобална епидемия от ССЗ обхваща всички райони в света с изключение на Африка, където все още водеща причина са инфекциозните заболявания. В прогностичен модел на СЗО, включващ двадесет и пет годишен период се установява, че през периода 2004-2030 г. ССЗ ще запазят водещо място сред основните причини за смърт и инвалидизация на населението в световен мащаб. Тези песимистични прогнози се основават на исторически доказаната връзка между икономическото и социалното развитие и причинно-следствената смъртност. В развиващите се през последните години се наблюдават много бърза индустриализация, урбанизация, икономически прираст и глобализация. Този процес води до нарушаване на хранителните навици и

намаляване на физическата активност на населението. Храните, които са богати на фибри са с ниско съдържание на масти, се заместват с евтини, енергийно богати храни с високо съдържание на наситени мазнини. Вегетарианските диети, които се характеризират с прием на високо съдържание на растителни протеини, се замества с животински протеини. Комплексните въглехидрати са заменени с рафинирани въглехидрати и захари, които имат висок гликемичен индекс. Повишената калорийна консумация, придружена с обездвижването в съвременния свят определено водят до хранително-двигателно свързани заболявания като затлъстяване, дислипидемия, захарен диабет, хипертония, ИБС и др.

В препоръките за превенция на сърдечно-съдовите заболявания на Европейското дружество по кардиология се набляга на необходимостта от по-голям обем информация от общата практика и болничните заведения и значението на физическите увреждания, контрола на телесното тегло и поддържането на здравословен начин на живот. В препоръките е включена и по-детайлна дискусия относно системите за степенуване на данните, приоритетите и целите. Добавени са нови раздели за значимостта на пола, сърдечната честота, индекса на телесната маса и обиколката на талията за сърдечно-съдовата заболеваемост.

Превенцията на ССЗ има няколко принципи и подходи за реализация на основните принципи:

- да се подпомогнат хората с нисък сърдечно-съдов риск да го задържат нисък максимално дълго и да се помогне на онези с повишен риск да го намалят.
- за осигуряване на здраве е необходимо: да не се пуши; да се консумира здравословна храна; да се осигури 30-минутна умерена физическа активност дневно; индексът на телесната маса да бъде <25кг/м и да не се допуска централно затлъстяване; АН <140/90 mmHg; - общ холестерол <5 mmol/L; LDL-хол <3 mmol/L; кръвна захар <6 mmol/L.

- за осигуряване на стриктен контрол на риска при високо-рискови хора, особено с установено ССЗ и диабет, е необходимо: АН <130/80 mmHg, ако е възможно; общ холестерол <4.5 mmol/L с прицел <4.0 mmol/L, ако е възможно; LDL-хол <2.5 mmol/L с прицел <2.0 mmol/L, ако е възможно; кръвна захар <6 mmol/L и HbA1C <6.5%, ако е възможно.
- да се прилага кардиопротективна медикаментозна терапия при високо рисковите хора и особено при тези с установена атеросклеротична болест.

Генезисът на сърдечно-съдовите заболявания е комплексно детерминиран – неблагоприятни фактори на околната среда и генетична предиспозиция; нездравословен начин на живот, определящ сърдечно-съдовия риск - артериална хипертония, дислипидемия, тютюнопушене, захарен диабет, обезитет, стрес, климактериум, употреба на орални контрацептивни средства, ниска физическа активност.

Основните последствия от продължителния постелен режим са :
- Психологични промени – депресия, намалена адаптация към стреса, демотивираност.
- Промени в опорно–двигателния апарат – мускулна атрофия, намаляване обема на миофибрите, потиснат белтъчен синтез, намалена гликогенолиза – намалена мускулна сила; отрицателен азотен баланс – повишен креатинин; инактевитетна остеопороза, повишена калциурия.
- Промени в дихателната система – чести хипостатични пневмонии.
- Хемодинамични промени – преразпределение на циркулиращата кръв – увеличено венозно пълнене на сърцето; ускорена сърдечна честота, намаляване на ударния обем, увеличено периферносъдово съпротивление, повишено артериално налягане. Колкото по-високо е артериалното налягане и колкото по-чести са сърдечните контракции, толкова повече работа извършва сърцето и толкова по-голяма е кислородната консумация на миокарда. Основният фактор за намаляване на коронарния дебит е частично или пълно запушване на коронарния съд. Артериалната

хипертония и хиперлипидемиите са главните фактори за риск от коронарна атеросклероза. Стесненията на коронарните съдове създава условия за тромбообразуване, при което настъпват бавна или остра исхемия на миокарда и увреда на сърдечния мускул. Тромбоемболичните усложнения – дълбоки венозни тромбози, се срещат у 30-40 % от болните. Хиперкатехолеминемията провокира нарушена агрегация на тромбоцитите.

Формулировката на СЗО за Кардиологична рехабилитация гласи: „Рехабилитацията на сърдечно болни представлява сбор от дейности, нужни да повлияят благоприятно причините на болестта, както и да осигурят на болните възможно най-добрите физически, психични и социални условия, така че те да могат със собствени сили да запазят или възстановят при загуба – доколкото е възможно, мястото си в живота на обществото. Кардиологичната рехабилитация има за цел да снижи сърдечно–съдовия риск, да намали епизодите на исхемия и свързаните с тях ограничения на физическия работен капацитет, да намали смъртността от миокарден инфаркт, да намали реинфарктите и рехоспитализациите. Диференцираният подход е важен за индивидуалното лечение, което трябва да бъде адекватно и достатъчно контролируемо. Курортните фактори следва да се прилагат в комплекс, заедно с лекарствената терапия и диетичния режим. Комплексното въздействие на физическите фактори има за цел да повлияе различни нива на патологичния процес, което позволява да се повиши ефективността на лечението, а също дава възможност да се намали дозата на лекарственото лечение и продължителността му.

Кинезитерапията, съответстваща на функционалните възможности на сърдечно–съдовата система, е основен елемент в профилактиката и рехабилитацията на пациентите с установена исхемична болест на сърцето, със или без преживян миокарден инфаркт.

Необходима е ранна и петстепенна мобилизация с цел предотвратяване на вредните последици от обездвижването и създаване условия на изпълнение на рехабилитационните мероприятия. Чрез системна и непрекъсната тренировка трябва да се възстанови функционалният работен капацитет и да се създаде висок функционален коронарен резерв с оглед възстановяване на трудоспособността на пациента и осигуряване на достатъчно ефективна вторична профилактика.

I етап – фаза на хоспитализация след миокарден инфаркт – 10-15дни. Мобилизацията се осъществява без натоварване – сърдечната честота да не се увеличава повече от 20 удара и систолното артериално налягане – не повече от 20 мм от изходните стойности в покой. Рехабилитацията може да започне веднага, ако няма нестабилитет на хемодинамиката.

II етап (от 20-и ден до 2 месеца; от 2 до 6 месеца) – ранна и по-късна конвалесценция – целта е да се възстанови функционалният работен капацитет.

III етап – хроничен стадий след миокарден инфаркт. Вторична профилактика!

Оценка на сърдечно-съдовия риск.

Първични фактори. Генетични (непроменливи) или придобити фактори у лица в клинично здраве, с вероятен болестен, смъртоносен или инвалидизиращ потенциал. Подходът на превантивната кардиология към високорисковите пациенти се състои в идентифициране на тези индивиди, при които още няма клинични прояви на ИБС, но поради силната експресия на един рисков фактор или поради съчетаването на няколко, макар и не много силно изразени, е налице висок абсолютен кардиоваскуларен риск, наречен безболков или напълно безсимптомен. Трябва да се знае, че приблизително една четвърт от смъртните случаи при ИБС са с картината на внезапна смърт, т.е. това е първата и единствена проява на исхемичната болест.

Вторични фактори. Това са индивидуални патогенетични фактори на болестта или съпътстващи болестни състояния, които ускоряват болестното развитие, причиняват рецидиви, увеличават инвалидността и смъртността и са причина за влошено качество на живот. При тези болни е налице висок абсолютен риск от рецидив на болестта. Обичайно той е над 2% или 4% годишно. Подходът към тези болни е промяна в стила на живот – диета, бедна на мазнини и богата на растителни продукти и антиоксиданти, физическа активност, редукция на телесното тегло, спиране на тютюнопушенето. Задължително е селективното включване на медикаменти.

Ранен стандартен ергометричен тест – провежда се след неусложнен миокарден инфаркт – 10-14-и ден. Максималният ергометричен тест позволява ранно идентифициране на факторите за вторичен сърдечно–съдов риск – комплексна камерна дисритмия, левокамерна дисфункция, исхемични ЕКГ промени при усилие.

Голямо значение за профилактиката на болните със ССЗ има премахването или ограничаването на така наречените вредни фактори – тютюнопушене, алкохол, наднормено тегло, хипортония, заседнал начин на живот, неправилен режим на хранене, стресови ситуации, голямо психично натоварване и др. Диспансерно наблюдение на тези болни допринася за провеждането на организирана - целенасочена профилактика. Хранителния режим също е много важен – ограничаване на животинските мазнини, солта, подправките, въглехидратите.

За профилактиката от медикаментозно лечение се използват – ацетизал приблизително една година след инфаркта (три пъти седмично по 0,325mg.), а също така и бетаблокери.

При провеждането на комплексната медико-социална рехабилитация и профилактична дейност с болни от ИБС особено важно значение има прилагането на социално-медицинския подход. Приложението на този

подход в клиничната социална практика, започва с т. нар. социална история на заболяването. За тази цел се използват различни социологични методи, като: анкета, интервю, наблюдение, документален метод и др., насочени към изследване на болния за неговата – физическа, психическа и социална структурираност, отношение към здравето, реализиране в средата, в която живее и работи.

Структурата на този много важен документ се представя в следните четири по-важни раздела:

- Личностни особености;
- Жизнена среда (битова, трудова, обществена);
- Основни медико-социални проблеми и потребности на пациента;
- План за социална терапия, социална профилактика и социална рехабилитация.

В зависимост от личностната характеристика на пациента и степента на увреждa, се определя последващото поведение на членовете на обслужващия го екип от медицински специалисти, лекари, психолози, социални работници и др. На преден план се извеждат медико-социалните потребности и проблеми и тяхното удовлетворяване и решаване. Във връзка с това всеки един от специалистите (медицински, социални, педагогически) трябва да познава източниците и методите за събиране на необходимата информация за пациентите, за да може да се структурира социалната история на заболяването; да се определят потребностите и проблемите на нуждаещите се и да се изгражда адекватна стратегия за решаването им.

Източниците на информация при изработване на социалната история на заболяването са: пациентът, близките му ,социалната, професионалната и обществено-битовата му среда. Най-важните методи са – анамнезата, наблюдение и анализа на документи на пациента.

Всяка история на заболяването започва с попълването на следните задължителни данни:

- Личностните данни ни дават информация за:

- Паспортни данни;

-Жизнените цели и душевност на пациента - нагласите, ценностите, здравните потребности, отношението на пациента към здравето и болестта, мотивите за опазване на здравето, здравната култура, жизнените цели на пациента, наследствена обремененост;

- Вредните навици на пациента и рисковото му поведение- тютюнопушене, обездвижване и нерационално хранене, употребата на алкохол, психо-емоционалени стресове;

- Отговорност, самодисциплина, инициативност, сътрудничество при справяне с различни здравни рискове и ситуации.

Жизнената среда:

- семейната среда на пациента ни информира материално осигуряване, личностни и характерологични особености на членовете на семейството-начин на живот, конфликти, стресогенни ситуации, хигеносъобразно и здравословно използване на свободното време;

- професионално-трудовата среда: месторабота, професионален маршрут, трудово възнаграждение, организация, режим, ритъм и условия на труд, психосоциален климат, рискови фактори;

- обществено-битова среда на пациент: обществена заетост, екологични неблагополучия и др., повечето потребности и проблеми изхождат от жизнената среда и личността на пациента.

Здравни органи и пациент- взаимоотношения между тях :

- организирана медицинска помощ- качество, навременност, ефективност, напрежения;

- първи контакти и посещения на пациента в здравната служба по повод възникнал здравен проблем;

- хоспитализация и диспансеризация, санаториално-курортно лечение, медико-социална помощ – навременност, продължителност, приемственост, резултатност;
- отношение и поведение на пациента към здравето, болестта и здравните служби – трудни пациенти (проявяващи неуравновесеност, тревожност, експлозивност, апатичност и др); пациенти страхуващи се от болестта, безразлични към нея, търсещи болестта; доколко съдействат на лекаря при осъществяване на медицинските грижи;
- оценка на пациента за отношението и поведението на здравните работници към него, търпеливост и топло отношение към пациента;
- стресогенни ситуации при осъществяване на медицинската помощ-ятрогения (заболяване, възникнало в резултат на неправилно тълкувани от болния думи или поведение на лекаря или прочетено в книгите), напрежение и конфликти с медицинските работници и с други пациенти в здравната служба.

Последните два раздела на социалната история на заболяването са много важни, тъй като изискват много задълбочено осмисляне на медико-социалния план за тяхното ефективно и пълноценно удовлетворяване. За тази цел екипът, който лекува болния, обобщава рисковите и протективни фактори, влияещи върху здравето му, свързани с начина му на живот и поведение и със средата, в която пребивава и се труди. Изготвя се т.нар. медико-социална епикриза въз основа на цялостната епикриза за здравословното състояние, формулира медико-социалните проблеми и потребности и съставя план за тяхното комплексно решаване и преодоляване на вредните влияния.

При съставяне на всяка социална история на заболяването на първо място се уточнява има ли връзка дадено заболяване с влиянието на определени социални фактори и по какъв начин те са допринесли за неговото възникване, протичане и изход, т.е. разкрива се социалната

етиология и социалната патогенеза на заболяването. Социалната етиология – включва търсене и изясняване причините за заболяването от социален характер. Социалната патогенеза – разкрива механизмите на влияние на причинните социални фактори. Познаването на етиопатогенетичните механизми на влияние на социалните фактори има важно значение за очертаване на медико-социалните проблеми на болния и още повече при разработването на медико-социалния план за решаването им.

Клиничната-социална работа при боледуващите със ССЗ изисква задълбочено проучване на потребностите и проблемите на тези болни свързани преди всичко с организиране на медицинската помощ качество на обслужване, навременност и ефективност на диагностиката и лечението и др. По такъв начин събраната точна и достоверна информация позволява да се изработят целенасочени планове за социално-профилактична, социално-терапевтична и социално-рехабилитационна дейност. Медико-социалната рехабилитация е неразделна част от грижите за всеки болен, в клиничната социална работа, успоредно с ресоциализацията на болния тя се стреми в рамките на една цялостна програма за вторична профилактика да предотврати възможни усложнения. Медико-социалните грижи разглеждани като, профилактико-оздравителна рехабилитация включват комплексна система от мероприятия за възвръщане на загубения статус и възстановяване на трудово-професионалните и обществено-полезни изяви. „Социалната рехабилитацията е комплекс от медико-социални мероприятия, насочени към предпазване от заболявания към бързо възстановяване на застрашените от инвалидизиране лица, които мероприятия започват да се осъществяват още от началото на патологичния процес, продължава през целия период на заболяването и целят максимално възвръщане на физическите, психичните, професионалните, социалните,и икономически възможности на болния, за

да заеме отговарящото на здравословното му състояние място”. За тази дефиниция е характерно: ранно започване на активни рехабилитационни мерки, тяхното поддържане през целия период на лечението, комплексен характер на рехабилитационните процедури, ресоциализация на инвалидизираните лица. В зависимост от преследваните цели и конкретно съдържание на дейностите се различават: медико-социална, социално-психологическа и др. видове рехабилитация.

Медицинската рехабилитация не бива да се разглежда, като трета фаза на лечението, а като интегрална част на терапията, активен метод, изискващ съставяне на комплексна рехабилитационна програма, включваща мероприятия на т. нар. активизираща терапия, трудотерапия, обучение в дейности от ежедневието, професионално ориентиране и др.

Понятието комплексна рехабилитация се свързва със система от медицински и други мерки за възстановяване здравето и трудоспособността на човека или способността на човека да се самообслужва.

От психологична гледна точка рехабилитацията трябва да стимулира увредените хора / умствено и физически / , когато се отнася за намаляване и компенсиране на проблеми възникнали от психически увреди . Това цели връщането на човека до нормалния или близък до нормалния статус от който той се е отдалечил.

Цялостната рехабилитация се възприема като медико-социална рехабилитация, имаща огромна важност за съдбата на много хора.

Медицинската рехабилитация цели оптимално анатомо-физиологично и функционално възстановяване на заболелите или претърпели травма лица. При останалите видове цели предимно социални по своята същност, са насочени към оптимално социално възстановяване и интегриране. Медико-социалната рехабилитация, започва да се осъществява още от болничното легло, преминава през социалната и

битовата среда, а също така и през трудовата, обществена и социална среда, за да завърши на новото или старо работно място или ако се налага категоризиране или пенсиониране по болест с цел да се облекчат страданията на заболелите пациенти. Тя не трябва да се осъществява само в болничните заведения, а и в семейната, битовата и социална среда. От медико-социална рехабилитация се нуждаят всички болни от остри и хронични заболявания, които са застрашени от получаване за различно дълъг срок на намалена трудоспособност и на придобито състояние на инвалидност, а също така и вече на придобитите по различни причини, степен, тежест и продължителност инвалидност, както и тези, които в резултат на травми или функционални последици в резултата от заболяване, водещи до настъпване и изявяване на трайна инвалидност.

Основните принципи на медицинската рехабилитация са:

- Ранно започване и непрекъснатост на рехабилитационните мероприятия. Този принцип води до предотвратяване на отрицателното въздействие на постелния режим, ускорява възстановяването и намалява смъртността.
- При прегледа болния трябва да бъде преценен цялостно и всеобхватно.

Профилактико-оздравителната рехабилитация се занимава с: профилактична, терапевтична и рехабилитационна дейност. Всяка от тези подсистеми има своите аспекти: медицински, социално-психологически, трудово-професионални, социално-педагогически и корекционни. И както всички процеси са насочени към здравето на човека.

За тази цел се определя рехабилитационния потенциал на пациента, които е необходима предпоставка за рехабилитационните дейности и мероприятия. Рехабилитационният потенциал се осигурява, чрез програма за функционална диагностика. Като се цели да се оцени физическия работен капацитет на организма и функционалните възможности на отделните органи и системи. С оглед определяне поносимостта на организма, към различните по обем и интензивност обременявания в хода

на рехабилитацията. За да може организмът да възстанови /напълно или частично/ структурното или функционално увредено звено и да се прогнозира развитието на компенсаторните му възможности. Чрез рехабилитационния потенциал може да се изясни например степента на двигателното или функцоинално разстройство и степента на ограничаване на дадените функции.

Източници на информация за оценка на рехабилитационния потенциал са:

- базата данни от социалната история на пациента, тя ни дава информация за състоянието на пациента;

-наличната документация на пациента, данни от изследвания и анамнестични данни;

- събират се данни за: точната диагноза на пациента, стадий на болестта, усложнения, функционалното състояние на сърдечно-съдовата и дихателната система / независимо от това, коя система се изследва/;

- когато трябва да се прилагат кинезитерапевтични програми се оценява и тренираността на организма;

- определя се и ефективността на рехабилитационните мероприятия.

При определяне на рехабилитационния потенциал има значение отношението на болния към провежданите процедури, доколко той им е доверява. Когато се провеждат процедурите се отчита самочувствието на пациента, динамика на тенденциите към подобряване или влошаване. Задачите се формулират тясно свързани с предварително събраните данни от историята на заболяване, определя се цялостната рехабилитационна програма. Тя трябва да е реална и адекватна спрямо състоянието на пациента, като се отчита степента на възвратимост на увреждането. За реализиране на всяка рехабилитационна програма се изследва общото състояние на пациента, физиологичния му работен капацитет и компенсаторните му възможности. Правят се изследвания в покой и след

натоварване. Изследването на функционалното състояние на организма в покой показва степента на функционалната недостатъчност и компенсаторните и адаптативни възможности на организма. Регистрираните данни се съпоставят с нормалните величини /отнесени към: пол, възраст, телесно тегло/ оценката трябва да е прецизна спрямо нормата.

При обременяващите проби се следи задължително пулса, кръвното налягане, ЕКГ, ЕХО кордиография и др. При функционалните проби на сърдечно-съдовата система, физическия работен капацитет се оценява от реакцията на : пулса и кръвното налягане.

За експертиза на работоспособността се прави велоергометрия или дозирано натоварване /20 клякания за една минута/ и се проследява реакцията на пулса и артериалното налягане.

От функционалните изследвания на дихателната система най-важно за кинезитерапевтичните процедури е оценката на функционалния капацитет на белия дроб, прави се спирометрично изследване за да се определят виталния капацитет и обемите на белия дроб.

С цел по-нататъшното опазване здравето и негативната остатъчна трудоспособност на пациента, ако средата в която работи е свързана с тежки физически натоварвания и вредности включително и психо-емоционален стрес, той трябва да се изведе от там и се насочи на подходящо място. Това се постига, чрез социално-профилактична рехабилитация след експертиза на трудоспособността, насочване към преквалификация, трудоустрояване и категоризиране в група инвалидност.

Методиката на новата наредба за експертизата на трайно намалена или загубена работоспособност включва определения на: степен на загуба в процент спрямо здравия човек; потребност от чужда помощ и за какъв срок; причинна връзка, т.е от какво е предизвикано увреждането; дата на инвалидизиране (чл.91 от наредбата). Степента на загуба на

работоспособност се определя въз основа на пълни изследвания и наличната медицинска документация, даваща представа за функционалното състояние на заболелия орган или организма като цяло. Чужда помощ се определя на хора, които не са в състояние да се самообслужват в битово отношение, да се придвижват самостоятелно в и извън жилището си. Срокът за инвалидизиране се определя в зависимост от характера на увреждането, динамиката на неговото развитие и възможността за бързо възстановяване на трудоспособността, като може да е от една до три години. Датата на инвалидизиране се определя след определяне на процентна загуба на работоспособност въз основа на наличната медицинска документация и здравословното състояние на лицето.

Всичко това доказва, че рехабилитацията е неразделна и задължителна част от клиничната социална работа и грижите за всеки болен и изисква съставянето на програми срещу разпространението на ССЗ, като популационна стратегия и отстраняването на високия индивидуален риск от тези заболявания, като профилактична стратегия. Успоредно с ресоциализацията на болния, рехабилитацията се стреми в рамките на една цялостна програма за рехабилитация и профилактика да предотврати възможните усложнения. От тук значимостта и мащабността на медицинските и социални програми за борба с рисковите фактори като част от клиничната социална работа . В тях първостепенно значение се отдава на преодоляване на хипокинезията, чрез системно и подходящо физическо упражняване.

Около 40% от болните с остър инфаркт умират през първия месец след настъпването. С оглед на възможностите за медико-социална рехабилитация и за активизираща физикална терапия протичането на инфаркта се разделя на три фази:

I – ва фаза /на хоспитализация /. Започва от момента на постъпване на болния в болницата. Основното при лечението са борбата с хиподинамията, интензивната лекарствена терапия и възможността болния да ходи по равно и да изкачва един-два етажа. При болни с не усложнен инфаркт първата фаза продължава около три седмици. Напоследък се забелязва тенденция за скъсяване на тази фаза.

II – фаза /на конвалесценцията/. Тя има за задача да разшири общия функционален и коронарен капацитет. Тя продължава около два месеца. Рехабилитационните мероприятия се свеждат до лечебна физкултура и двигателен режим, насочен главно към физическо възстановяване, /например такива болни се насочват към балнео санаториума в Банкя/, където се разработват и проблемите на психологическата и социална рехабилитация.

По правило рехабилитацията се извършва в стационар, рехабилитационен център, санаториално заведение, амбулаторно-поликлинично и по изключение в домашни условия. В края на тази фаза голяма част от болните достигат нормално ниво на физическа годност и са в състояние да се върнат на работа.

III - фаза /на поддържането/. Продължава фактически през целия живот на преболедувалия от инфаркт на миокарда и представлява неразделна час от цялостната вторична профилактика.

С излизане на пациента от клиничния стадий на заболяването /а в някои случаи и по рано/за определяне на рехабилитационния потенциал е възможно използването на редица функционални тестове с дозиране на физическото натоварване, като се отчитат и показателите на дишането и кислородното насищане / вело-ергометрични тестове, ЕХО кардиография и др./. Въз основа на получените данни се определят степента на физическо натоварване на даден етап от прилагане на лечебната физкултура. За целта ориентировачно могат да се използват и сравнителни таблици от типа на

известната таблица на R.Separd за приблизителната пулсова честота съобразно възрастта за избрани проценти от максималните аеробни възможности.

Лечебната физкултура /ЛФК/ е противопоказана през острия стадий на заболяването при наличието на изразени клинични и параклинични признаци на задълбочаваща се недостатъчност на кръвообращението. Обратно, показания за ЛФК са на лице при първите симптоми за подобряване състоянието на болния и намаляване на сърдечно съдовата недостатъчност. От първостепенно значение е и много точното и адекватно на възможностите на болния дозиране на физическото натоварване и отчитане на поносимостта му към него. В клинична обстановка, когато болните са на постелен и полупостелен двигателен режим, се проследява самочувствието и някои субективни оплаквания като тежест и болка в сърдечната област, задух, главоболие / от покачване на RR / и др. Следят се преди, по време и след процедурата с лечебна физкултура. Проследяват се и някои основни хемодинамични показатели като пулсова честота и ритъм, артериално налягане, както и честотата на дишането. Задължителен е и електрокардиграфският контрол.

С лечебната физкултура има за задача да стимулира кръвообращението и трофиката на сърдечния мускул, което е с изключителна терапевтична цел при инфаркт на миокарда и стенокардията. По този начин се укрепва сърдечният мускул и се увеличават съкратителните му възможности В хода на лечението се цели да се постигне траен и благоприятен ефект с оглед на нормализиране на нервните регулараторни механизми и кръвообращението, ускоряване на оздравителните процеси и предпазване от усложнения.

Основните етапи на мобилизацията на болния с лек и средно тежък инфаркт през първата фаза са следните:

I - ви етап - начало на мобилизацията. Правят се активни движения в малките стави на долните и горните крайници / сгъване и разгъване /, редуващи се с упражнения за разхлабване и леки дихателни упражнения / 1-2 min. /; пасивни обръщания на болния настрани в леглото няколко пъти дневно и пасивни изометрични упражнения. Общата продължителност на заниманието е 5-10 min, няколко дни. В началото на следващия етап болният се оставя да заеме полуседнало положение в леглото.

Ако клиничното състояние позволява мобилизацията при болни с лек инфаркт може да започне на 2-4 ден. Противопоказания: шокови състояния, прояви на левокамерна слабост, ритъмни нарушения, болка или стягане в сърдечната област, фебрилни състояния.

II-ри етап - упражненията от първия етап се повтарят 2- 3 пъти, а общата продължителност на процедурата е 10-15 min. Болният се поставя с помощ да седи в леглото.

III-ти етап - болния изпълнява същите упражнения не само в леглото, но и в седнало положение. В легнало положение се изпълняват упражнения за долните и горните крайници. С помощ болният сяда на стол. Продължителността на процедурата е 15-20 min.

IV-ти етап - въвеждат се дихателни упражнения с диафрагмално дишане. Болният започва да ходи около кревата и в стаята, но бавно. Продължителността на процедурата е 15-20 min. Болния се обучава на самообслужване.

V-ти етап - провеждат се и упражнения и от стоеж.

Болният ходи по коридора, като разстоянието се увеличава постепенно до 100 m дневно. Продължителността на процедурата е 20-30 min дневно.

VI-ти етап - към програмата се добавят и упражнения за трупа от седеж и упражнения за крайниците от седеж и от стоеж. Болният се обучава в изкачване и слизане по стълби. При благоприятно време се разрешат разходки и навън. Продължителността на процедурата е 30-35 min.

VII-ми етап - болния се обучава в самостоятелно обличане и събличане. Разходките се увеличават до 500 m дневно. Провеждат се и упражнения за трупа от стоеж. Болният се тренира за качване и слизане на два етажа. Продължителността на процедурата е 35-45 min.

Всеки етап във фазата на хоспитализация е обикновено 4-6 дни, като двигателната активност се разширява постепенно при непрекъснат контрол на сърдечно съдовата система, като се щади сърцето. Контролират се хемодинамичните показатели. По време на кинезетерапевтичната процедура сърдечната честота не трябва да се увеличава с повече от 20 удара в min., а систолното налягане да не се увеличава с повече от 20mm Hg. над изходните му стойности.

Когато в хода на кинезитерапевтичната процедура се появят субективни оплаквания /отпадналост, задух, сърдечни болки 8 или обективни признаци като побледняване, изпотяване, спадане или повишаване на артериалното налягане, учестяване на пулса, ритъмни нарушения, влошаване на ЕКГ /ST депресия или елевация / кинезитерапевтичната процедура се прекратява. Мобилизацията продължава с процедура от предишния етап до подобряване на състоянието на болния. Във фазата на хоспитализацията може да се приложи лек поглаждащ масаж на долните крайници общо 5-8 min., а в края да се включи лек масаж на гърба и гърдите, около рефлексогенните зони. Може да се приложи и рефлекторен сегментарен масаж. Фазата на конвалесценция при леките инфаркти продължава около 8 седмици, при средно тежките- до 4-5 месеца. Тя се дели на два етапа: ранен и късен. Кинезитерапевтичната програма при болните с лек инфаркт се изпълнява или в домашна обстановка, или при амбулаторно-поликлинични условия под лекарски контрол. При болни със средно тежък инфаркт, рехабилитацията се провежда в специализирани рехабилитационни стационари, санаторо–курортни заведения за медицинска рехабилитация

или в амбулатории. По време на ранната конвалесценция основното е болния да преминава от ниски натоварвания, понасящи се добре, към по високи, които повишават пулса до 120у/мин. Максималното артериално налягане не трябва да превишава повече от 50 mm Hg от изходните стойности, а депресията на ST интервала в ЕКГ да не е повече от 2mm. В тази фаза тестовете с максимално натоварване са противопоказани, използват се тестове с ниски нива на обременяване.

Физическото натоварване трябва да се прекрати при появата на: болка, стягане или задух.

Програмата за кинезитерапевтична тренировка във фазата на ранната конвалесценция съдържа: ЛФК комплекс, включващ упражненията включени в първата фаза на хоспитализацията, гимнастически упражнения, велоергометрична тренировка с интервални натоварвания при продължителност поне 15 мин. и накрая дихателни упражнения за нормализиране на пулса. Теренното лечение в началото е два пъти дневно по 10 мин., а по-късно достига до 30-40 мин.

В тази фаза се включват и различни форми на занимателна трудотерапия. В късния етап на конвалесценцията / най-рано два месеца след инфаркта/ при болни с неусложнен инфаркт кинезитерапевтичната програма се определя от резултатите на велоергометричния тест. Пулсовата честота може да се увеличи с още 20 у/мин, при добра поносимост на натоварването / тренировачния пулс = пулсовата честота в покой + 60% при натоварване 15 –30 мин/. Ако не е възможно да се направи работна проба от проявите на стенокардия, задух, ритъмни нарушения, умора трябва да се определи пулсовата честота по време на кинезитерапевтичната процедура. Сърдечната честота трябва да достигне 15-20 уд/мин под прага на лимитиране.

През третата поддържаща фаза с кинезитерапевтичната програма се цели да се поддържа функционалния капацитет на болния, достигнат през

предишните етапи или да се повиши при тези болни, които са останали на по-ниско ниво. Включва се ЛФК с продължителност 45-60 мин. Прави се ергометрична оценка на физическия капацитет ежедневно или през ден / най-малко три пъти седмично/ като се добавя теренно лечение до 5 км и веднъж седмично пешеходен туризъм.

Три пъти седмично се включват велоергометрични тренировки като се цели максималния работен капацитет на болния да достигне - 60-80%. Следи се тренировачния пулс, който трябва да се поддържа в продължение на 15-20 мин.

В тази фаза могат да се използват и плуване и елементи на спортни игри. Както работните проби, така и физическите тренировки при болни с ИБС и особено при болни с МИ трябва да се извършват при готовност за спешна реанимация на дишането и кръвообращението.

При болни с тежки усложнения при ССЗ кинезитерапевтичните процедура в конвалесцентния период задължително се провеждат в стационари, санаторно-курортни или рехабилитационни центрове Тези процедури облекчават работата на сърцето, като включват екстракардиални фактори. В реконвалесцентната фаза болните се обучават безопасно да използват по-ограничения си режим.

Несъмнени са благоприятните промени върху хемодинамиката при болни със ССЗ /забавяне на пулса, снижаване на периферното съдово съпротивление и свързаното с това снижаване на артериалното налягане/. Подобряват се реполаризационните промени в електрокардиограмата. Ако кинезитерапевтичната тренировка продължава около 6 месеца се увеличава аеробния капацитет на болните. При болни с исхемия без прекаран МИ се прилага кинезитерапевтична прграма като при болни с инфаркт на миокарда в третата фаза, същата се прилага и при болни със ССЗ, при които е направена коронарография или дилатация на съдовете на сърцето, като общите принципи, които трябва да се спазват, са регулиране на

режима - работа и почивка, двигателен режим, съобразен с функционалните възможности на сърдечно-съдовата-система, диетичен режим, контрол и лечение на рисковите фактори а също така и индицирана медикаментозна терапия.

Кинезитерапия при болни от ССЗ - провежда се при подходящи метеорологични условия. Физическите натоварвания да са след тестуване на функционалния капацитет на сърдечно-съдовата система с инструктаж и под прякото наблюдение на кинезитерапевта. Кинези процедурите водят до нормализиране на съдовия статус, повишава се тонуса, повлиява се нивото на RR, активизира се миокардния обменен процес /подобрява се оросяването/, повишава се физическия капацитет/ намалява пулсовата честота и артериалното налягане, след процедурата/. Системното провеждане на двигателен режим води до: понижаване на липидите, покачва се нивото на липопротеините, които имат протективна роля срещу атеросклерозата и намалява телесното тегло.

Лечебната физкултура при ССЗ. Включват се умерени натоварвания съобразени с функционалния капацитет и коронарния резерв, не се правят силови натоварвания и резки движения. Темпото е спокойно и бавно, упражненията са опростени без състезателен характер. Необходимо е да се следи – пулса, RR и ако се налага електрокардиографски контрол. Релаксиращите упражнения имат голямо значение, дихателни упражнения са задължителни, защото са главно средство за релаксация.

Теренното лечение се използва дозирано по теренни пътеки с определени наклони и свободни разходки, обръща се внимание на интензитета, продължителността на натоварването и метеорологичните условия.

Масажът също е неделима част от кинезитерапевтичната програма за заболяванията на сърдечно – съдовата система.

Сред различните методи на лечение и рехабилитация на болни от ССЗ несъмнено значение има балнео-лечението. България е приоритетно богата на минерални води, използват се – газовите минерални води с подчертан ефект са въглекисните вани – естествени и изкуствени. Тези вани имат хипотензивно и брадикардийно действие благодарение на което се повишава кислородната консумация на миокарда и се подобрява коронарното кръвообращение.

Назначават се след предварителна оценка на коронарния резерв посредством велоергометрия, защото могат да имат и известно обременяващо въздействие върху сърцето. Показани са при ергометричен капацитет над 75 W със сравнително запазен коронарен резерв.

У нас се използват естествени въглекисни минерални води в Стефан Караджово.

Използва се и балнеолечение с кислородни вани. Показани са при болни с ИБС със или без прекаран ИМ с давност след третия месец от началото на заболяването, без усложнения и ритъмни нарушения. Оказват благоприятни промени в централната и периферна хемодинамика, подобряват хемостазата и липидната обмяна.

На климато-лечение и санаториално-курортна рехабилитация подлежат болни с хронична исхемична болест на сърцето без напреднала коронаросклероза. Болни с ИБС, усложнена или средно тежък инфаркт, могат да се насочат за климато лечение най-рано три месеца след началото на инфаркта, ако няма ехографски данни за рецидив или аневризма. При първичната и вторична профилактика на болни с ИБС се ползва щадящото действие на крайморския климат с или без използване на кинезитерапевтични програми в зависимост от общия функционален и коронарен резерв на сърдечно- съдовата система на болните.

Използват се и средно планинските климатични условия при вторична профилактика на преболедувалите от инфаркт и ИБС, но със

запазен коронарен резерв и след велоергометрична оценка. България има големи възможности да развива медицински туризъм благодарение на уникалните си природни ресурси и благоприятното си географско положение. Установено е положителното влияние на комбинация от прилагане на: средногланински климат, умерена физическа дейност и рационално хранене.

Профилактиката на ССЗ е най – тясно свързана с предпазването от развитие и прогресиране на коронарната атеросклероза като патогенетичен фактор.

Първичната профилактика трябва да бъде насочена към рисковите фактори, като включва промоция на здраве и специфична профилактика. Основни изисквания за нейното реализиране са: здравно образование, организиране на рационален режим на живот, труд и отдих с достатъчна физическа активност, системни занимания със спорт, отстраняване на физическите и нервно – психическите преобременявания, тютюнопушенето, прехранването и други етиологични фактори на ИБС. Изборът на режим трябва да води до нормално протичане на обменните процеси в организма, към повишаване на адаптационните възможности на сърдечно – съдовата система.

Особено внимание трябва да се обърне на хранителния режим. Принципно положение е калориите и основните съставки на храната да се определят съобразно телесната маса, реалните енергийни нужди на организма, естеството на извършения труд. Трябва да се избягват храни, съдържащи високоусвоими въглехидрати и холестерол, излишни количества готварска сол. Много важно е правилното редуване на труд почивка на открито, на въздух и осигуряване на подходящ психологически климат в работната и битовата среда. При болните с повишено артериално налягане е необходимо системно антихипертензивно лечение, а при болни със захарен диабет ефективно коригиране на въглехидратната обмяна.

Редовното периодично провеждане на профилактични прегледи на цялото население е важна предпоставка за ранно откриване на застрашените от ИБС.

Вторичната профилактика освен някои от посочените мерки трябва да включва комплекс от мерки за предпазване от прогресиране и усложнение на ССЗ и предотвратяване на инвалидизиране. Индивидуално и адекватно лечение за спиране на болестния процес масови профилактични прегледи, скринингово проучване, целеви прегледи, адекватно лечение за спиране на болестния процес, да се предотвратят усложненията и негативните последствия, за да се осигури възможност за ограничаване на инвалидността. При общуване на болния с личния лекар трябва да се обърне внимание на причините и последиците от заболяването, взаимното доверие и сътрудничеството, психотерапевтичното въздействие. Те са от голямо значение за премахване на страха от заболяването и за правилното провеждане на лечението.

Третична профилактика. Заедно с медико-социалната профилактика се установи, че и медико-социалната рехабилитация играе важна роля в процеса на възстановяване на болния. Като третична профилактика, тя е комплекс от медико-социални мероприятия, които са насочени към предпазване от заболявания, бързо възстановяване на застрашените от инвалидизиране лица. Тези мероприятия започват да се осъществяват още от началото на патологичния процес, продължават през целия период на заболяването и целят максимално възвръщане и най-пълноценно оползотворяване на потенциалните способности на клиент-пациента, чрез трудоустрояване, трудова терапия в болниците и учреждения за охрана на труда.

При нестабилната стенокардия профилактиката е почти същата както при класическата форма на ИБС. В комплекса от профилактични мерки се препоръчва лечебна физкултура с постепенност на натоварването в

зависимост от тежестта на протичане на заболяването. Обемът и продължителността на всеки комплекс от физически упражнения и режима на двигателна активност трябва да бъдат съобразени с особеностите в протичането на заболяването и поносимостта на сърдечно – съдовата система.

В профилактиката на ССЗ и в частност на нестабилната стенокардия се различават главно два етапа:

а) първична профилактика, която обхваща клинично здрави лица с един и повече рискови фактори за развитие на заболяването;

б) вторична профилактика при болни с развита вече коронарна недостатъчност, които се нуждаят от доболнични и болнични грижи с оглед предпазването им от по-нататъшни усложнения. Болните с доказана ИБС трябва да се поставят под постоянно диспансерно наблюдение.

При инфаркта на миокарда след приключване на втората фаза на рехабилитация при благоприятно протичане се постига пълно или частично възстановяване на трудоспособността на болния. В зависимост от професията може да се препоръча работа с намален работен ден и известни други ограничения, като категорично се препоръчва избягване на тежък физически труд и нервно- психическо напрежение При загубена работоспособност болния временно се пенсионира по болест (II група). В случаите със сърдечна аневризма, сърдечна недостатъчност, непригодност да се изпълняват служебни задължения и нужда от постоянни грижи болния се пенсионира по болест (I група). Болните и с прекаран обширен инфаркт могат да се върнат към предишната или близка до нея работа, ако не е свързана с тежък физически труд и нервно-психическо напрежение.

Хирургичното лечение на исхемичната болест е извършването на аорто - коронарен байпас (CABG). Техниката е разработена през 1960 г., като в днешно време е рутинна процедура, с добри резултати.

Белодробните усложнения след сърдечна операция са основен проблем. Възникването им може да бъде причина за увеличена постоперативна заболеваемост, смъртност и значително удължаване на болничния престой, а от там и разходите за лечение. Най-уязвими са пациентите в първите следоперативни дни, но белодробна дисфункция се наблюдава и няколко месеца след операцията. За да се предотвратят постоперативните усложнения при пациентите след CABG, по време на болничния престой, се прилага ранна мобилизация, комплекс от активни упражнения за крайниците и дихателни упражнения и кашлични техники. Рехабилитацията започва след прецизна функционална оценка. По литературни данни вертикализацията е още на първия следоперативен ден. На втория ден пациентите ходят в стаята, а на третия - на къси разстояния в коридора. В предоперативната рехабилитация в сърдечната хирургия се включва функционална оценка и идентифициране на възможния риск от дихателни усложнения след операцията. Пациентите получават обща информация за постоперативната програма, ранното мобилизиране и използваните средства. Прилагат се дихателни техники за трениране на инспираторните дихателни мускули, дълбоко дишане, методи за ефективна кашлица и дренаж на бронхиалното дърво.

Shakouri, K. и съавтори (2015) предлагат предоперативен подход, който се състои в следното:

- Дихателни упражнения, включващи опит за 10 дълбоки вдишвания - диафрагмално дишане и издишване със свити устни;
- Използване на устройства за трениране на дишането със съпротивление и обучение в ефективна кашлица;
- Упражнения за мобилизация на шията и раменете, с акцент върху разтягане и ротиране на трупа;
- Упражнения за мускулна еластичност;
- Упражнения за сила на мускулите на раменния пояс.

Профилактиката на заболеваемостта с трайна нетрудоспособност изисква условия за ранна диагностика, своевременно лечение и рехабилитация на заболяванията. Според Feltrim, Z. и съавтори (2007) предоперативното трениране на инспираторните дихателни мускули подобрява здравината и издържливостта им и намалява белодробните усложнения при пациенти с висок оперативен риск. Използвайки спирометрия и артериален кръвно-газов анализ. Подобряването на белодробното състояние на пациентите предоперативно чрез обучение и тренировка се определя като задължителен елемент от рехабилитацията.

Техники за следоперативна белодробна рехабилитация - първоначално при пациентите с CABG следоперативната дихателна рехабилитация е била насочена към подобряване на вентилацията чрез премахване на белодробните секрети от дихателните пътища. Днес целта е и увеличаване на белодробните обеми, подобряване на оксигенацията и намаляване честотата и тежестта на белодробните усложнения. Правят се редица проучвания и се събират научни доказателства за ефекта на прилаганите дихателни техники. Хемодинамичната нестабилност е противопоказание за провеждането им. Дихателната рехабилитация е неразделна част от грижите за пациентите с аорто-коронарен байпас.

Редица проучвания посочват, че няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори" на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се повлияват трудно (мъжки пол, напредване на възрастта, наследствена предразположеност), но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Ако се предприемат адекватни мерки, с които да се намалят или да се елиминира действието на останалите рискови фактори. Ето, защо е ключово значението на профилактичните мерки за предотвратяване на сърдечно-съдовите заболявания.

3.2. Идентифициране и анализ на основните рискови фактори при Сърдечно-съдови заболявания

Основните рискови фактори (РФ), които могат да доведат до заболявания на Сърдечно-съдовата система (ССС), са: тежки психически травми, нервно пренапрежение, рязко физическо натоварване, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, прехранване, angina pectoris, повишен холестерол, артериална хипертония, фамилна обремененост, болести на обмяната на веществата (диабет и обезитас), наследственост, заседнал начин на живот и др. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои РФ може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на ССЗ. Главните рискови фактори – хипертония, дислипидемия, наднормено тегло и захарен диабет, често се съчетават у един и същ пациент, което рязко увеличава риска от поява на ССЗ. Съчетано, макар и леко повишаване на основните РФ при здрави индивиди, е често недооценявано от медицинската общност, въпреки че комбинацията от тези РФ значително увеличава риска от ССЗ.

Колкото повече рискови фактори съществуват при даден пациент, толкова по-голям е рискът да се разболее от сърдечно-съдово заболяване, тъй като вредното въздействие на рисковите фактори се умножава при тяхната комбинация. Ето защо е важно всеки пациент подложен на риск, да се стреми да намали комбинираното вредно влияние на няколко рискови фактора. Намаляването или елиминирането въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено понижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Това са така наречените обратими фактори, повечето от тях се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, може да се намали съществено вероятността да се разболеем от сърдечно-съдово заболяване.

Особен интерес в етиологията на ИБС представляват т. нар. рискови фактори. За основни рискови фактори се приемат хиперхолестеринемията,

артериалната хипертония, тютюнопушенето, намалената физическа активност, наднорменото тегло и др. Особено неблагоприятно е съчетаването на няколко рискови фактора. При наличието на два и повече рискови фактора възможността за развитие на ИБС нараства няколко пъти. Превантивните програми фокусират вниманието върху цялостната грижа за пациента и концепцията за общото (глобално, тотално) намаляване на риска от сърдечно-съдови заболявания, която е насочена към интензивното повлияване на съвкупността от рисковите фактори не поотделно, а едновременно и заедно в хармония, която включва прекратяване на тютюнопушенето, лечение на: повишения LDL-C холестерол, занижения под нормата HDL-C холестерол, повишените нива на триглицериди (ТГ), високото кръвно налягане, инсулиновата резистентност, наднорменото тегло и строг контрол на гликемията при пациенти с диабет.

Хиперхолестеролемията или състояние на повишени нива на холестерол в кръвната плазма е предпоставка за редица усложнения. Продължителното завишаване на нивата на холестерол в кръвта може да доведе до развитие на атеросклероза, коронарна артериална болест (исхемична болест на сърцето), инфаркт на миокарда и завишен риск от тромбоемболизъм. Холестеролът е един от основните структурни компоненти на клетката. Той участва в структурата на всички клетъчни мембрани, в синтеза на жлъчни киселини, стероидни хормони и витамин Д. Тъй като е водонеразтворим, холестеролът се транспортира в кръвта, свързан със специфични белтъчни молекули, които заедно образуват липопротеинови комплекси. Той може да бъде синтезиран в организма или да се набавя с храната. Съществуват два основни вида холестерол – високоплътностен (добър холестерол) и нископлътностен (лош холестерол). Действието на двата вида холестерол е антагонистично. Повишеният холестерол (хиперхолестеролемията) обикновено е резултат

от комбинираното въздействие на генетични фактори и фактори от околната среда. Нивата на холестерол нарастват правопропорционално с възрастта. За нормални се приемат нивата под 5 ммол/л. За високо количество холестерол се приема между 5-6,4 ммол/л. За много високо се приема между 6,5 – 7,8 ммол/л. А за опасно високо се приема количеството над 7,8 ммол/л в кръвната плазма.

- тютюнопушене - влиянието на тютюнопушенето се проучва усилено. При мъже на възраст от 40 до 60г. е установено, че рискът от възникване на ИБС при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ИБС се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите. Влиянието на тютюнопушенето се проучва усилено. В последните години не малко данни говорят за предразполагащото действие на никотина. Смъртността между боледуващите от коронарна болест е била в пряка зависимост от степента на тютюнопушенето. Известно е, че никотинът действа съдосвиващо на периферните съдове, предизвиква повишаване на артериалното налягане и учестяване на пулса. Известно е още неговото токсично действие върху нервната система и предразполагащото към съдови спазми. Вредното действие на никотина върху миокарда се отразява безспорно върху коронарните съдове чрез коронароспазми, особено при съществуваща атероматоза на тези съдове. Тютюнопушенето повишава както заболеваемостта, така и смъртността от ИБС. Продължителното тютюнопушене е самостоятелен първичен рисков фактор за коронарна и на периферните кръвоносни съдове атеросклероза. Пасивните пушачи са изложени на риск за заболяване от коронарна болест на сърцето, както и активните пушачи. Смъртност от остър миокарден инфаркт при пасивните пушачи е сигнификантно по-висока като възможност в сравнение с непушачите.

- професия - въпросът за предразполагащата роля на професията е също оспорван и недостатъчно изяснен. Хора с активен физически труд боледуват по-рядко от коронарна тромбоза, отколкото хора със седяща професия или лек физически труд, като при първите болестта протича по-леко. Професията обаче е свързана не само с различия във физическите усилия, но и с различия в умствените напрежения, поради което нейната роля трябва да се разглежда не само с оглед на физическото напрежение, но по-комплексно, като се вземат предвид други обстоятелства – на първо място степента на умственото и нервното напрежение или затормозяване
- наследственост - наследствеността е съществен предразполагащ фактор. Често много членове на една фамилия загиват от заболявания, свързани с атеросклероза – Миокарден инфаркт (МИ), внезапна смърт, мозъчен инсулт. Наследствеността още не е достатъчно добре изучена, но най-вероятно тук играят роля обстоятелствата като сходен тип в строежа на коронарните съдове и конституция на тялото, сходно функционално състояние на ендокринните жлези и липидната обмяна, сходен начин на хранене, на живот и др.
- захарен диабет – основен рисков фактор при Коронарна артериална болест и за увеличаване на риска от развитието на сърдечно-съдовите усложнения след Перкутанна коронарна интервенция и Аорто-коронарна байпас. Необходими са още данни за изясняване броя засегнати коронарни артерии при пациентите със захарен диабет тип 2, в зависимост, както от възрастта, така и от продължителността му. Смъртността от ССЗ е почти два пъти по-висока при болните от захарен диабет. Захарният диабет е болест, позната на човечеството още от древността, като медицинското разбиране за нея е преминавало през различни фази – откривателство -
– пренебрегване – преоткриване. Захарният диабет е споменат още в Edwin Smith Papyrus (Ebers Papyrus) – най-старият и важен медицински документ (папирус) в Древния Египет, датиращ от 1550 пр.Хр. Наблюдава се

тенденция към нарастване на заболеваемостта от ЗД в света към 2011 г. около 360 млн. човека са имали ЗД, от които 95 % - ЗД тип 2. Счита се, че към 2030 год. този брой ще нарасне на 552 млн., като половината от тях няма да знаят за своята диагноза. По-голяма част от новите случаи на ЗД тип 2 се обуславят от т.нар. "западен" начин на живот - хранителен режим с високо съдържание на мазнини и намалената физическа активност, водещи до затлъстяване, еугликемична инсулинова резистентност, компенсаторна хиперинсулинемия и в крайна сметка недостатъчност на бета клетките на панкреаса и развитие на ЗД тип 2. Според данните на WHO Global report on diabetes от 2017 год. е разработена следната статистика:

- Общото разпространение на ЗД при възрастни над 18 г. е нараснало от 4,7% през 1980 год. на 8,5% през 2014 год.
- Броят на хората случаите със ЗД е нараснал от 108 млн. през 1980 год. на 422 млн. през 2014 г.
- Захарният диабет е най-важна причина за слепота, бъбречна недостатъчност, сърдечна атака, мозъчен инсулт и хронична артериална недостатъчност на долните крайници
- Около половината от всички случаи на смърт се дължат на повишена кръвна захар, установена преди 70 год. възраст
- През 2012 год. 1,5 млн. смъртни случаи са били пряко свързани със ЗД и други 2,2 млн. смъртни случаи са се дължали на повишена кръвна захар
- Появата на ЗД нараства с бързи темпове в развиващите се и слабо развитите страни
- WHO предвижда, че ЗД ще бъде 7-та причина за смъртност през 2030 год.
- Захарният диабет може да се лекува и неговите усложнения могат да се избегнат или отложат с приложение на комбинация от правилен диетичен режим, физическа активност, медикаментозна терапия и регулярен скрининг, както и навременно лечение на усложненията му.

Според препоръките от 2012 год. на European Society of Cardiology (ESC) пациентите със ЗД и най-малко още 1 рисков фактор за ИБС или увреждане на таргетните органи трябва да се разглеждат като много високо рискови, а всички останали пациенти със ЗД - като високо рискови. Сред факторите, които допринасят за повишаване на риска от коронарни събития при пациентите със ЗД, тромбоцитната хиперреактивност има най-голямо значение. Предвид тези данни според Препоръките на American Diabetes Association от 2017 год. аспириновата терапия (дози между 75 и 162 mg/d.) като вторична профилактика е показана при пациенти със ЗД и КАБ. В случаите, когато е документирана аспиринова алергия се прилага клопидогрел 75 mg/d. Двойната антиагрегантна терапия (Aspirin/Clopidogrel или Aspirin/Prasugrel или Aspirin/Ticagrelor) се препоръчва след ОКС и PCI. При пациентите със ЗД коронарната артериална болест е с по-голяма честота на разпространение, по-тежка клинична картина и с по-голям процент на усложнения в сравнение с пациентите без ЗД. Коронарната Артериална Болест обикновено е „тиха“ при пациентите със ЗД, като над 60% от миокардните инфаркти при тези пациенти са асимптомни, диагностицирани само с ЕКГ скрининг. Тихата миокардна исхемия засяга около 20-35% от пациентите, които имат допълнителни рискови фактори и 35-70% от пациентите с тиха исхемия имат сигнификантни коронарни стенози. Въпреки тези данни American Diabetes Association през 2017 год. не препоръчва при асимптоматични пациенти със ЗД рутинен скрининг за КАБ, ако е прилагана постоянна и оптимална терапия на всички рискови фактори за атеросклеротична сърдечно-съдова болест. При болните със ЗД и известна КАБ се прилага аспиринова и статинова терапия, както и АСЕ-инхибитори за намаляване на риска от сърдечно-съдови събития. Освен това при пациенти с предходен МИ се включва и бета блокер за срок най-малко 2 години след коронарния инцидент. Когато е налице асимптомна сърдечна

недостатъчност, тиазолидиндионовото лечение не се препоръчва. Пациенти със ЗД и клинични прояви на сърдечна недостатъчност метформина може да се прилага само след оценка на гломерулната филтрация и то ако тя е > 30 mL/min и трябва да се избягва при влошаване на проявите на сърдечна недостатъчност. Пациентите със ЗД имат висока тромбоцитна реактивност и повишен риск от исхемични събития и кървене след ОКС. Пациентите със ЗД и ОКС имат относително по-висок риск от повтарящи се сърдечно-съдови събития, включително и смърт.

- хипертонична болест - както при захарната, така и при хипертоничната болест въпросът за механизма на предразполагащата роля е сложен и неизяснен. Високото кръвно налягане е причина за преждевременната смърт на около 7.1 милиона души по целия свят. То е основната причина за 62% от инсултите и 49% от заболяванията на съдовете на сърцето (инфаркт, стенокардия). Артериалната хипертония е важна причина за развитие и на сърдечна недостатъчност при запазена левокамерна систолна функция (т.е. нормална фракция на изтласкване на лявата камера). На сегашния етап знаем, че патофизиологичната връзка между АХ и запазената левокамерна систолна функция е многокомплексна и не е просто резултат на левокамерна хипертрофия и диастолна дисфункция. Налице е многофакторен път на взаимодействие между АХ и други придружаващи заболявания, съдовата система и предиспозицията на сърцето за развитие на сърдечна недостатъчност при запазена левокамерна фракция на изтласкване. Предвид тези данни важно терапевтично значение особено при пациенти със ЗД и АХ има стриктният контрол особено на САН. Така според препоръките на American Diabetes Association от 2017 год. целта на комбинацията от медикаментозно и немедикаментозно лечение на АХ при пациенти със ЗД е прицелна стойност за САН < 130 mmHg и < 80 mmHg за ДАН. В литературата все

още се дискутира причинно-следствената връзка между ЗД тип 2 и АХ с предположения за доминиращо влияние на ЗД тип 2 върху по-високи стойности на систолното артериално налягане в сравнение с диастолното. България е на едно от първите места в света по смъртност от сърдечносъдови заболявания. Една от причините за тази тенденция е лошият контрол на кръвното налягане. Например от всички болни с високо кръвно налягане в България, едва 6-10% постигат стойности приети за нормални. За сравнение във Франция този процент е 33%, а Унгария 27.8%. Широко известна е максимата, че ”високото кръвно налягане е безмълвно, но опасно!”. Това е така защото в продължение на години, заболяването при хипертониците, протича без остри алармиращи симптоми. Ето защо нерядко хипертонията е наричана още "тихият убиец". България е на едно от първите места в света по смъртност от сърдечносъдови заболявания. Една от причините за тази тенденция е лошият контрол на кръвното налягане. Например от всички болни с високо кръвно налягане в България, едва 6-10% постигат стойности приети за нормални. За сравнение във Франция този процент е 33%, а Унгария 27.8%. Широко известна е максимата, че „високото кръвно налягане е безмълвно, но опасно”. Приемът на антихипертензивни медикаменти като инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим, ангиотензин-рецепторни блокери, блокери на минералокортикоидните рецептори и блокери на калциевите канали могат да имат директни вазопротективни ефекти и тяхното използване може да допринесе, поне отчасти, за намалени съдови усложнения при пациенти със ЗД и съпътстваща артериална хипертония.

Предразполагащи фактори, които не могат да се повлияят:

- Възраст - честотата на артериалното налягане е най-висока при лица на възраст между 40 и 60 години.

- Пол – Систолното кръвно налягане се увеличава със възрастта. Това повишение е по забележимо при мъжете, докато при жените е по характерно по време на менопаузата, когато кръвното налягане се увеличава драстично и достига нива по-високи от тези при мъжете. Употребата на хормонални контрацептиви води до развитие на артериална хипертония в 5% от случаите. За това при жени, приемащи хормонален контрацептив, се препоръчва периодичен контрол поне през 3 месеца на артериалното налягане.

- Раса – В Съединените Американски Щати хипертонията е по-често срещана при афроамериканците в сравнение с белокожите. Разликите се преписват на фактори различни от расата, защото преобладаването на хипертонията сред чернокожото население в Англия в сравнение с белокожото е същото както в Съединените Американски Щати, но хипертонията не е често срещана на Африканския континент. В допълнение хипертонията е най-често срещаната етиологична причина за сърдечно страдание сред афроамериканците в USA.

- Наследствено предразположение - Приема се, че това е основният етиологичен фактор в развитието на артериална хипертония. Заболяването се среща по-често при лица фамилно обременени с хипертонична болест. Социално-икономичен статус - артериалната хипертония е с голяма честота в развитите страни и в значителна степен определя болестността, инвалидизирането и смъртността на населението. Високото кръвно налягане се среща по-често сред групите с по-нисък образователен и социално-икономичен статус.

- психогенни фактори - органичните изменения в съдовете в резултат на психични въздействия не са още достатъчно изучени. Много автори описват случаи на стенокардни пристъпи, предизвикани от психогенни фактори.

Фактори, които могат да бъдат променени. Наднормено тегло – "Тялото е багаж, който се носи през целия живот. Колкото по-тежко е то, толкова по-кратко е пътуването." - Арнолд Глазгоу. Прекалено много храна и прекалено малко физическа активност – това обобщение изразява естеството на този проблема. При хора с наднормена телесна маса честотата на артериалната хипертония е от 4 до 6 пъти по-висока в сравнение с лица с нормално телесно тегло. Затлъстяване се приема, когато при мъжете бъде установена телесна мазнина над 20%, а при жени над 30 % от общата телесна маса. В нашата страна над 1милион хора са с различна степен на затлъстяване. По данни на СЗО 30 до 40% от населението на развитите страни са с наднормена телесна маса. Профилактиката на затлъстяването е насочена към осигуряването на балансирано хранене, при което енергийният внос съответства на енергийните загуби. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки заболявания, каквито са атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, захарният диабет - тип 2, ракът, подаграта и нарушенията на мастната обмяна. Известно е отдавна, че физическите тренировки на болните с ИБС подобряват качеството на живот. Редовните динамични упражнения, като ходене пеша на работа, разходки, походи, плуване, бягане, каране на колело и други е установено, че намаляват кръвното налягане. Постоянните физически тренировки понижават смъртността от ССЗ.

Повишената двигателна активност е не само добра превантивна мярка срещу различни болести, но може да се окаже и добро средство за възстановяване на организма след преживяни заболявания. Бавното бягане например е най-ефикасното средство за укрепване на сърдечно-съдовата система на човека, защото консумацията на кислород е няколко пъти по-висока в сравнение с тази в спокойно състояние. "Движението е здраве, а здравето е живот" - едва ли има някой, който би се усъмнил в тази

максима, защото неслучайно нашето тяло е добре конструирано и пригодено за движение, "снабдено" със сложна и стабилна двигателна структура, а всички органи и системи са тясно свързани с физическата активност. Животът изисква движение. Съществуват безспорни доказателства за вредното влияние на обездвижването върху здравето, трудоспособността и дълголетието на човека. Ето защо е необходимо всеки човек да бъде физически активен и да избере спорт, който му доставя удоволствие.

Заболявания, които се крият в общи причини като нездравословно хранене, пиене и пушене и които са признак за сърдечно-съдови заболявания, могат да бъдат превъзмогнати чрез окуражаване на здравословни навици на живот и осигуряване на превантивни здравни услуги.

Психическо пренапрежение и повтарящ се психо-емоционален стрес. Стресът, на който е подложен съвременният човек в големия град нарушава нормалното равновесие между кората на мозъка, подкоровите центрове и сърдечно-съдовата система. При този така наречен „ежедневен“ стрес, а също и при инцидентни, но изключително тежки преживявания се нарушава и връзката между централната нервна система /ЦНС/ и жлезите с вътрешна секреция. Психогенни фактори. Органичните изменения в съдовете в резултат на психични въздействия не са още достатъчно изучени. Известно е обаче, че психичните фактори въздействат върху нервно-вегетативната и ендокринната система и по рефлекторен път и върху други органи много автори описват случаи от стенокардични пристъпи предизвикани от психогенни фактори. Нервите и психогенните фактори играят съществена роля в нарушението на коронарното обръщение и оросяването на миокарда, а известно е, че при мнозинство от болните възникването на инфаркта е предшествано с по-къс или по-дълъг период от пристъпи на гръдна жаба.

Емоционални преживявания (гняв, уплаха, силна тревога). Те се изтъкват много по-често от болните като състояния, предхождащи инфаркта. Изтъкват се и фактите за инфаркт като гръдни травми, хирургически операции, силен студ или голяма горещина, инфекциозни заболявания, ангина, инсулинова хипогликемия и др.

Стрес и последици от стреса - смята се, че острият и хроничен стрес могат да доведат до сърдечно отклонение по нервни, ендокринни и сърдечносъдови пътища. Стресът в живота ни е неизбежен. В ежедневието си ние се сблъскваме с многообразни ситуации и непрекъсната необходимост от правене на избори, всеки от които е до някаква степен стресиращ. Той не може да бъде избегнат и може, при определени обстоятелства, да доведе до нарушения в телесното и психичното ни функциониране и от там до сърдечно-съдово заболяване.

При стрес в кръвта се освобождават мастни киселини, които се трансформират в холестерол. Той се отлага в стените на кръвоносните съдове (артериите) и ги стеснява (артериосклероза). Стесняването води до повишено кръвно налягане. Хроничният стрес води и до повишена съсирваемост на кръвта. Освен преките последици върху сърдечно съдовата система, които в крайна сметка водят до заболявания като хипертония, коронарна болест на сърцето, инфаркти и инсулти, има и непреки. Те са свързани с използването на неадаптивни механизми за справяне със стреса като тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, които сами по себе си са рисков фактор за развитие на сърдечно-съдови заболявания. Някои от заболяванията на сърдечно-съдовата система, които по категоричен начин са свързани със стреса са: артериосклероза, есенциална хипертония, коронарна болест на сърцето, инфаркти и инсулти и др.

Необходимо е да се наблегне върху проучването на разбирането за точният механизъм на поведенческите фактори, които причиняват риск от

заболяванията на сърцето. По-пълното разбиране на тези психосоциални и поведенчески механизми ще подобри грижата на специалистите по здравето и ще ги направи способни да водят по-ефективни превантивни програми в борбата със сърдечните заболявания, доказвайки подобреното качество на живот на милиони хора по света.

Според съществуващите критерии на СЗО за рисковите фактори на здравето е необходимо:

- Да се докаже неговата връзка с вероятността от възникване на заболяване
- Да има биологично обяснение
- Връзката трябва да бъде устойчива и повторяема при еднакви условия
- След коригиране на рисковия фактор промените в изхода да са трайни
- Връзката между заболяването трябва да е еднопосочна, корелационна и самостоятелна.

Рисковите фактори се характеризират със следните особености:

- Факторите на средата стават рискови не сами по себе си, а при определени условия
- Рисковите фактори най-често влияят върху организма не изолирано, поединично, а взаимосвързано в динамично изменящи се комплекси.
- Един и същи фактор може да бъде рисков едновременно за няколко заболявания.

Видове рискови фактори

1. Ендогенни фактори - наследствени и биологични.
2. Екзогенни фактори – фактори на околната среда: природни и социално-икономически
3. Поведенчески фактори – тютюнопушене алкохолизъм, стрес, нерационално хранене, самолечение, сексуално поведение и СПИН

Генетични фактори – наследствени заболявания

- Пренатална диагностика - пренаталният скрининг и пренаталната диагностика служат за определяне на възможните рискове на бременността

– както за майката, така и за детето. Те включват методи и техники, които позволяват да бъдат установени различни отклонения (морфологични или функционални) в нормалното развитие на бебето още преди раждането му.

- Генетична консултация

Биологични фактори

- В зависимост от възрастта се развиват различни заболявания
- Редица заболявания са свързани с пола

Климатични фактори

- Атмосферна температура
- Атмосферно налягане
- Влажност на въздуха
- Вятър
- Слънцегреене

Високата температура и влажността засилват токсичността на веществата във въздуха.

Екологични фактори – през последните години в цялата страна се отчитат повишени стойности на прах, серен диоксид, азотен диоксид, олово, в някои райони – сярна киселина, флуороводород, амоняк, хлорни съединения и др.

- Замърсяване на въздуха, на почвата, на водата

Химически замърсители, които попадат в човешкото тяло чрез храната, водата и въздуха, с доказан канцерогенен ефект са: хлорните въглеводороди, ароматните амини, редица неорганични вещества, тежки метали, азбест, някои инсектициди, хербициди, асфалтови изпарения, катранените летливи вещества и др.

Социални рискови фактори:

- Влиянието на бедността върху биологичните, психичните и социални измерения на здравето
- Безработица

- Икономически условия

Поведенчески рискови фактори:

- Начин и стил на живот
- Биологични фактори
- Природна среда
- Медицинско обслужване

Начинът на живот има по-изразено влияние при: чернодробна цироза, съдови поражения на мозъка, исхемична болест на сърцето.

Колкото повече рискови фактори съществуват при даден пациент, толкова по-голям е рискът да се разболее от сърдечно-съдово заболяване, тъй като вредното въздействие на рисковите фактори се умножава при тяхната комбинация. Ето защо е важно всеки пациент подложен на риск, да се стреми да намали комбинираното вредно влияние на няколко рискови фактора. Намаляването или елиминирането въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено понижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Това са така наречените обратими фактори, повечето от тях се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, може да се намали съществено вероятността да се разболеем от сърдечно-съдово заболяване. Повечето от обратимите фактори се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, хората могат да намалят съществено вероятността да се разболеят от сърдечно-съдови заболявания. Храните и храненето могат да повлияят съществено върху риска от развитие на сърдечно-съдовите болести – основните съвременни “убийци” на хората по света. Затлъстяването не е само козметичен проблем. То е риск за здравето. Висока консумация на зеленчуци и плодове (минимум 400 грама дневно); увеличаване консумацията на пълнозърнест хляб и други зърнени храни, увеличаване консумацията на бобови храни; увеличаване консумацията на ядки (специално орехи) и семена; употреба предимно на растителни масла,

особено зехтин; регулярна консумация на риба, поне веднъж седмично; намаляване консумацията на сол; ограничаване консумацията на животински мазнини; избягване консумацията на твърди маргарини; ограничаване консумацията на храни, богати на холестерол (яйчен жълтък, рибен хайвер, животински мазнини, мозък, черен дроб); поддържане на нормално телесно тегло. Прекомерната употреба на готварската сол увеличава нивото на натрий в кръвта, което може да доведе до увеличаване на кръвното налягане при лица със свръхчувствителност към този ефект на натрия. Счита се, че прием на готварска сол над 5 грама дневно (от всички консумирани продукти) съществено увеличава риска от хипертонична болест. Ограничаване консумацията на солени храни. Населението в България консумира 2-3 пъти по-големи количества над допустимите 5 грама средно дневно, което е главно за сметка на солените саламурени сирена, туршиите и разбира се вредният навик да солим прекомерно ястията си. Установено е, че намаляването приема на готварска сол с 3 грама само след няколко седмици води до понижаване на систоличното кръвно налягане със 7 мм, а диастоличното намалява още повече. Изчислено е, че ако цялото население намали консумацията на сол с това количество, то случаите на мозъчен инсулт биха намалели с 26%.

Рискът за развитие на ССЗ в значителна степен се определя от редица социално икономически и популационни особености Тези особености в голяма степен са свързани с редица социално-културни фактори, върху които може да се въздейства. Възникването на ССЗ най-често е резултат от единичното или комбинираното въздействие на не голям брой поведенчески, биологични и психосоциални нездравословни фактори. В резултат на многогодишни, експериментално-профилактични и епидемиологични проучвания бе създадена концепция за рисковите фактори /РФ/, като основа на съвременната превантивна медицина. Авторите изтъкват, че РФ не са пряка етиологична причина за съответните

заболявания, но влизат в сложни и до голяма степен все още неизяснени взаимоотношения с тези причини.

Грижите за пациента са насочени към уникалността на всеки човек, а не към решаването на отделен проблем. Всяко болестно състояние води до промяна в дейността на съответните органи и системи, както и до промени в основните потребности на човека. Лекарят има за цел да определи диагнозата и да назначи съответното лечение, а задачата на медицинската сестра е да планира, подготвя и организира необходимите изследвания. Тя осъществява грижите за пациента до неговото пълно оздравяване и възстановяването на нормалното му функциониране. Предлагането на здравни грижи, отговарящи на съвременните изисквания за здравно обслужване на населението, е невъзможно без добра теоретична подготовка на медицинската сестра, както и без изграждане на компетенции и умения за професионално общуване и взаимоотношения с пациентите. Едно от предизвикателствата за сестринството е начинът, по който се предоставят сестринските грижи. Рисковото състояние на пациентите със ССЗ изисква много добра професионална подготовка на медицинските сестри, които на всеки етап от болничния престой на пациентите вземат важни за неговия живот решения. Медицинските сестри трябва да развиват своите умения по отношение обучението на болните и повишаване на пациентската мотивация за здравословен начин на живот и превенция на усложненията при сърдечносъдови заболявания.

3.3. Основни форми на Исхемична болест на сърцето

Исхемичната болест на сърцето е исхемично увреждане на сърдечния мускул, което се дължи на несъответствие между големината на коронарния кръвоток и нуждата на миокарда от кислород. То може да бъде предизвикано от остро, подостро или хронично намаляване или прекратяване на притока на кръв към миокарда в резултат на настъпили

анатомични или функционални изменения в коронарното кръвообращение. Около 6,3 млн. умират годишно от ИБС в света, като най-голям дял имат остър коронарен синдром /ОКС/, респективно ОМИ, и усложненията след преживян миокарден инфаркт. Годишната смъртност при преживелите ОМИ е 5% при мъжете и 7% при жените. Решаващо значение за намаляване на смъртността от ОКС има създаването през 60-те години на специализирани интензивни отделения. Основен етиологичен фактор за развитие на ИБС е атеросклерозата на коронарните съдове. Тя се открива в над 90% от болните със стенокардия и инфаркт на миокарда. В определен процент и особено в по-млада възраст причина може да бъде спазъм на коронарните съдове. Последния може да се наблюдава както в атеросклеротично увредени, така и в морфологично непроменени съдове. За развитието му играят роля нервнохуморални влияния, повишена активност на симпатико – адреналната система, предизвикани от нервно – емоционално пренапрежение, стресови състояния. Етиологично значение имат и редица фактори от социалната среда, географски и климатични особености, постоянно изменящите се особености в начина на живот, труд, хранене, наследствени фактори и др.

В състояние на засиленото отделяне на катехоламините при стресогенни, нервно-емоционални състояния и физическо напрежение и поради други фактори се увеличава консумацията на кислород в миокарда, което засилва кислородната хипоксия, която при увредени коронарни артерии може да доведе до некроза в сърдечния мускул. Засиленото отделяне на катехоламините при стресогенни, нервно-емоционални състояния и физическо напрежение и поради други фактори увеличава консумацията на кислород в миокарда, което засилва кислородната хипоксия, която при увредени коронарни артерии може да доведе до некроза в сърдечния мускул. Коронарната тромбоза като патогенетичен фактор в развитието на ИБС продължава да се дискутира. Несъмнено

променената стена на коронарните съдове и повишената агрегация на формените елементи на кръвта /тромбоцитите/ създават условия за вътресъдова коронарна тромбоза, която предизвиква миокардния инфаркт. Към факторите, които допринасят за повишената консумация на кислород и засилване на исхемията на миокарда, се отнася- физическото преобременяване, нервно – психическото пренапрежение и др. Въпреки все по-достъпната информация и националните програми за профилактика на ИБС във всичките й форми като едно от най-често срещаните заболявания, това положение не се е променило съществено в последното десетилетие. В проучването REACT се изследват групите пациенти и причините за закъсняване в търсенето на медицинска помощ. Пациентите, които по-късно се обръщат за помощ, по-често са жени, които са склонни да отлагат оплакванията си, възрастни пациенти, неосигурени. Особено често болните се подвеждат поради факта, че очакванията за гръдната болка при сърдечна криза не съвпадат с реалните оплаквания. Голям процент от пациентите очакват болката да е много по-силна, непоносима, разкъсваща.

В клинична класификация на ИБС се включват следните основни клинични форми:

1. Стабилна стенокардия / angina pectoris stabile САП/;
2. Нестабилна стенокардия / angina pectoris nontabile / НАП:
    а) нова НАП (angina pectoris recurs)
    б) прогресивно влошаваща се (angina pectoris accelerata)
    в) спонтанна стенокардия или интермедиерен коронарен синдром
    г) ранна постинфарктна стенокардия
3. Вариантна на Prinzmetal.
4. Миокарден инфаркт (остър или хроничен стадий)
    а) трансмурален;
    б) нетрансмурален.

5.Хронично исхемично увреждане на миокарда със сърдечна недостатъчност.

6. Клинична форма на ритъмни и проводни нарушения на сърдечната дейност.

7. Безсимптомна форма.

8. Внезапна сърдечна смърт.

ИБС има остри и хронични форми. Към острата форма се отнася острият коронарен синдром с три разновидности: нестабилна ангина пекторис (вкл. Вазопластична ангина на Принцметал), остър миокарден инфаркт без ST-елевация и със ST-елевация. Разликата между тях е само количествена както по отношение на патогенезата, така и относно клиничните и лабораторни прояви. Остра форма е и внезапната сърдечна смърт, а новоописана е синдромът на тако-цубо.

Към хроничната форма спадат: стабилна ангина пекторис (стенокардия), гръдна болка с нормални коронарни артерии при Х-синдром (микроваскуларна дисфункция или неадекватен коронарен резерв), „тихата“ исхемия, исхемичната кардиомиопатия със сърдечна недостатъчност, лявовентрикулна аневризма, вторичната митрална регургитация при ИБС, както и коронарната патология без атероматозни плаки (коронарен васкулит, коронарен емболизъм, радиационно причинена коронарна склероза, артериит на Takayasu със засягане на коронарните артерии, синдром на Ehiers-Danios с дисекация на коронарната артерия, Kawasaky-синдром, причиняващ коронарна аневризма при деца, синдром на Marfan, засягащ чрез дисекация аортата и коронарната артерия, синдром на Hurler, причиняващ коронарна обструкция, хомоцистеинурия с последваща коронарна тромбоза). Към хроничната форма на ИБС се отнасят и множество вродени малформации на коронарните артерии.

3.4. Характеристика на Стабилна и Нестабилна стенокардия

Стабилната стенокардия /САП/ или стенокардия при усилие /гръдна жаба/, се наблюдава обикновено при патологично променени коронарни съдове. В повечето случаи тя е патогенетично свързана с развитието на коронарната атеросклероза и с промени от нарушения в метаболизма на сърдечния мускул. В продължение на много години болковият синдром може да бъде единствената проява на заболяването. В над 90% от болните с изразен стенокарден синдром се открива стенозираща атеросклероза, която засяга най–малко една от главните коронарни артерии. В повечето случаи се намира изразена прогресираща коронаросклероза, която да засяга един, два или повече коронарни съдове.

Клинична картина: остра пристъпна болка зад гръдната кост и в сърдечната област с ирадиация към лявото рамо и лявата ръка, към шията и долната челюст е типичен симптом на заболяването. Болката е съпътствана с чувство на неразположение, пристягане и страх. В повечето случаи тя се характеризира като тъпа, режеща, притискаща, разкъсваща. Понякога е съпроводена със затруднение в дишането, пристягане зад гръдната кост или стягане в гърлото. Задухът е честа проява на заболяването и за разлика от задуха при хроничната и острата сърдечна недостатъчност преминава за няколко минути след прекратяването на провокативния фактор. Важна особеност на това определение е, че тежестта на симптоматиката силно варира и невинаги съответства на анатомичните промени в коронарните съдове. Ангината може да бъде типична и атипична, а в останалите случаи на гръдна болка става дума за такава с некардиогенен характер.

При типичната ангина пекторис има три основни характеристики:

- болка (дискомфорт, задух) зад гръдната кост с описаната характеристика;
- провокация на тази симптоматика от физическа активност, емоция, студ;

-преминаване (бързо изчезване) на симптомите при премахване на провокативния фактор.

При типичната ангина пекторис съществуват две от горните три характеристики.

При гръдната болка от некардиогенно естество липсват и трите характеристики на ангина пекторис.

Някои болни не съобщават за болка, а за особен дискомфорт в сърдечната област, като пристягане в дясното рамо и дясната плешка а понякога и в горната част на корема. Болката продължава около 2 – 5 min. и по рядко до 10 – 15 min., ако продължи повече от 16 min. налага незабавно повикване на лекар, ако е с продължителност от 1 min. (за секунди) или траеща дни наред най-често тя не е от сърдечен произход Типично за САП е проявата на болка в момент на физическо натоварване (бързо ходене или изкачване на стълби, вдигане на тежести и др.) и изчезването и 1-2 мин. след намаляване на обременяването или след приемане на нитроглицерин. Ако болковите усещания настъпят не по време на максимално физическо натоварване, а късно след прекратяването му, те не са характерни за стенокардия при напрежение. Болката може да се появи в началото на физическото натоварване и след купирането и лицето може да продължи да извършва същото физическо натоварване без повтаряне на болката и без каквито и да били усещания. Това е характерно за ограничените атеросклеротични изменения на коронарните съдове. Силния студ или студения вятър, особено при излизане от топло на студено, също може да предизвика стенокарден пристъп. Емоционално или нервно-психическо пренапрежение, възбуда, гняв, по-обилно нахранване, даже и положителни емоции могат да бъдат причината за появата на болка. Емоционалният фактор увеличава честотата на сърдечните съкращения, повишава артериалното налягане и отделянето на катехоламини в кръвта и увеличава потребностите на

миокарда от кислород. Честотата на пристъпите от стенокардия много зависят от повторяемостта на обстоятелствата, които предизвикват болката. Колкото са по-тежки патологичните изменения в коронарните съдове, толкова по-нисък е прагът на възникването на болката от предизвикващите я фактори. При типичният стенокарден пристъп болните избягват да лежат по гръб. В легнало положение се увеличава натоварването на лявата камера, напрежението в миокарда, повишава се вътре камерното налягане, нарастват нуждите от кислород. В седящо положение нуждите от кислород в сърдечния мускул намаляват. При движение, обикновено по време на пристъп болните забавят хода, застават неподвижно или преустановяват работата си. Някои посрещат болката спокойно, други изпитват смъртен страх, особено когато тя е много силна. В този случай болните стават бледи, лицето им се покрива със студена пот, оплакват се от чувство на разбитост, отпадналост. При по-подчертана вегетативна лабилност може да се наблюдава учестяване на дишането, сухота в устата, екстрасистолия /прескачане на сърцето/, тахикардия /учестен пулс/ и др. Артериалното налягане обикновено се повишава леко, особено у лица с хипертонична болест. Ако няма съпътстващи други увреждания на сърцето, при физикалното изследване не се установяват типични за стенокардията при напрежение изменения.

Коригирането на кислородната недостатъчност в организма, чрез вдишване на чист кислород или въздух с богато кислородно съдържание се нарича кислородолечение. Характерни белези за настъпил кислороден недостиг – хипоксия на организма са: учестено дишане, учестен или забавен пулс, по-късно дишане с отворена уста и стойности на кръвното налягане, които в началото са завишени, а после спадат.

Разпространението на ангина пекторис, е голямо в развитите общества. Преди за тази болест се е говорило като за „директорската болест“, но сега заболяемостта нараства бързо и при бедните слоеве на

населението. Практически изчезва разликата в заболяемостта на коронарна болест между градското и селското население. Причините са в широкото разпространение на диабета, артериалната хипертония, дислипидемията и тютюнопушенето. Около 2% от общата популация боледуват от коронарна болест, но след 65-годишна възраст – над 10%. Има директна връзка между разпространението на коронарната болест и нейната разновидност ангина пекторис, от една страна, и сърдечно-съдовата смъртност, от друга. Страните, които развиха профилактиката и новостите в лечението на коронарната болест, намалиха сърдечно-съдовата смъртност с близо 50% (САЩ, Финландия) по две основни причини . намаляването на фаталните коронарни и мозъчни инциденти и значително ограничаване на ранното развитие на хроничната сърдечна недостатъчност (в 70% тя се причинява от коронарна болест).

Основните цели на лечението са – подобряване на прогнозата чрез превенция на тромбозата, която последва възможната руптура на плаката. Друга основна цел на лечението е минимизиране или премахване на симптомите и с това подобряване на качеството на живот на пациентите. Лечението на стабилната стенокардия е комплексно и има за цел да подобри коронарния кръвоток, нефармакологично, медикаментозно, интервенционално и хирургично.

Нефармакологичното лечение включва:

- храна – риба, пилешко месо, растителни мазнини, ядки, плодове и изключване на тлъстите и животинските мазнини, ограничаване на млечните продукти с висока масленост
- физическа активност – физическите упражнения увеличават кислородната консумация на мускулите, намаляват сърдечната честота в покой, подобряват кислородната консумация на миокарда. Препоръчва се 3-4 пъти в седмицата физическо натоварване (аеробно, изотонично) до 85

% от максималната коригирана сърдечна честота. Всяко физическо натоварване да е до приятна умора

- алкохол – може да се консумира в умерени количества (до 50 грама концентрат на ден или 200 грама вино или бира)
- прекратяване на пушенето
- тегло – трябва да се нормализира
- артериална хипертония – налягането трябва да се контролира редовно, да е под130/85 mm Hg, а при съчетаване с диабет и/или хронична бъбречна недостатъчност под 130/80 mm Hg
- диабет – задължително трябва да се поддържат нормални стойности на кръвната захар.

Интервенционално лечение - процедурата на инвазивна диагностика включва следното: в артерията на един от крайниците се въвежда тръбичка, която по кръвоносните съдове стига до сърцето. На върха на тръбичката има микроскопични инструменти, с които се извършва необходимата корекция на съда. Методът е безкръвен и безболезнен колкото обикновена инжекция. Медицинският риск е много малък, а възстановителния период е от няколко часа до 2-3 дни. За сравнение при традиционната операция пациентите се възстановяват 2-3 месеца.

Хирургично лечение – аортокоронарен байпас – тази процедура намалява смъртността при болни със стабилна ангина и висок риск. Техниките на сърдечните операции се променя и усъвършенства непрекъснато.

Характеристика на нестабилна стенокардия /angina pectoris nontabile/ НАП

Нестабилната стенокардия е едно от най-често срещаните кардиологични заболявания. То представлява отделна клинична форма на ИБС и по своята характеристика заема междинно положение между

стабилната стенокардия и ИМ. В момента исхемичната болест на сърцето заема едно от първите места по брой хоспитализации за година и едновременно с това е водеща причина за смъртност по света. Най-новите проучвания показват, че и през 2020 година исхемичната болест на сърцето ще продължава да заема челните места сред причините, водещи до смърт.

Нестабилната стенокардия или ангина пекторис е една от най-честите форми на болестта. Обикновено тя засяга хората над 45-50 години и по характеристика на симптомите и факторите, които я провокират, тя много прилича на острия миокарден инфаркт без ST-елевация на ЕКГ. Даже някои автори смятат, че всъщност се касае за едно и също заболяване, което обаче протича с различна тежест и в някои случаи води до пълно прекъсване на кръвотока на сърцето с развитието на инфаркт, а друг път нарушението не е толкова значимо, че да доведе до необратими поражения на миокарда. Подобно на МИ, и нестабилната ангина пекторис се провокира най-често от наличието на частично оклузиращ (запушващ) вътрекоронарен тромб, който води до остър дисбаланс между кислородните нужди и консумации на миокарда от една страна и коронарния кръвоток от друга. В резултат на това запушване до клетките на сърцето достигат по-малко хранителни вещества и кислород, което води до нарушаване на функциите му. В зависимост от тежестта на запушването и от времето, което то продължава, функционирането на сърцето може да бъде увредено обратимо или небратимо.

Нестабилната стенокардия е заболяване на съдовете. В повечето случаи тя се характеризира с остро настъпило несъответствие между притока на кислород към сърцето и неговите потребности. Най-често стенокардията (стабилна и нестабилна) се предизвиква от наличието на атеросклеротична плака, разположена в някоя от коронарните артерии, изхранващи миокарда. Тази плака води до стесняване лумена на съда, в резултат на което до клетките на сърцето достигат по-малко кислород и

хранителни вещества. Когато плаката е стабилна, т.е. нейната повърхност е интактна и запазена, стесненията е относително постоянно и до известна степен компенсирано. Когато тази плака руптурира или ерозира, нейната структура се нарушава, тя се оголва и по повърхността и се появяват молекули, които при нормални условия не влизат в контакт с кръвните клетки. Те полепват по повърхността на оголената атеросклеротична плака и водят до образуването на тромб, който още повече намалява диаметъра на предварително стеснения коронарен съд. В резултат на това се явяват оплакванията и симптомите на нестабилната стенокардия. В някои случаи нестабилната ангина пекторис се проявява и при ненарушена атеросклеротична плака, която обаче води до стеноза над 90% от лумена на съда и практически не позволява адекватното кръвоснабдяване на посочената част на миокарда.

Често в хода на хиперконтрактилитет (повишена контракция) на съдовата стена или в резултат на нарушена ендотелна функция в близост до наличната атеросклеротична плака възниква съдов спазъм. Той допълнително стеснява съда и предизвиква ефект подобен на описания вече при насложената тромбоза върху атерогенната плака. Този механизъм на възникване на нестабилната стенокардия обаче е доста по-рядък. Ето защо повечето автори приемат, че за възникването на типичните оплаквания на заболяването най-съществено значение има руптурата на плаката и тромбообразуването.

Най-често обаче оплакванията на нестабилна стенокардия /angina pectoris nontabile/ се изразяват в следното:

- болка – често първият симптом на нестабилната стенокардия е болката в областта на сърцето и гърдите. Много хора описват това усещане като стягане, притискане, дискомфорт, тежест. То най-често е разположено в сърдечната област, но нерядко се появява в областта на долната челюст, корема, гърба, което затруднява диагнозата. Силата на

болката е различна – тя може да бъде остра, пробождаща или тъпа. Обикновено пациентите, страдащи от захарен диабет, имат безболково протичане на заболяването, което и става причина за сравнително късното търсене на медицинска помощ. Болката обикновено има типичен ход на разпространение. Тя обхваща лявото рамо, лявата ръка и накрая 4 и 5 пръст на ръката. Не бива да се забравя обаче, че често описаната ирадиация липсва и болката е стационирана. Различни обстоятелства могат да предизвикат болковия синдром – физическо усилие, психоемоционален стрес, повишена температура. Типичното за болката при нестабилната стенокардия е появата и в покой, т.е. без каквато и да е видима причина за нейното възникване. Тя има различна продължителност и обикновено не се повлиява от нищо – нито от приема на нитроглицерин, нито от промяна в положението на тялото. Ранното разпознаване на акцелериращата стенокардна болка като такава от самия пациент или негови близки е първата стъпка, която води до търсене на медицинска оценка на състоянието, риска и стратегията за лечение. Гръдната болка е симптом, характерен за нестабилната стенокардия, като специфичните ѝ характеристики позволяват на обучения медицински персонал да я класифицира като стенокардна или пък да заподозре друга подлежаща етиология. Класическото описание на гръдната болка – ретростернална, на широка площ, ирадииращa към гърба, челюстта, ляво рамо, лява ръка, към епигастриума, наличието на вегетативна симптоматика, продължителността ѝ и повлияването ѝ от нитрати и аналгетици търпи промени в последните години. За оценка на болката се използва класификацията на Braunwald за нестабилна стенокардия, като се има предвид, че пациент с продължаваща болка в покой през последните 48 часа е с повишен риск, особено ако има повишени нива на тропонин:

Клас I: новопоявила се тежка стенокардия или прогресираща стенокардия; няма болка в покой

Клас II: Стенокардия в покой през последния месец, но не и през последните 48 часа

Клас III: Стенокардия в покой през последните 48 часа

Клинични обстоятелства:

Тип А: вторична стенокардия, при наличието на състояния, задълбочаващи миокардната исхемия

Тип В: първична стенокадия, липсват екстракардиални преципитиращи фактори

Тип С: постинфарктна стенокардия, развива се до 2 седмици след остър миокарден инфаркт.

Съществуват известни фактори, които увеличават вероятността за налична ИБС и съответно НАП и това са напредналата възраст, мъжки пол, известна некоронарна атеросклероза – мозъчна и каротидна атеросклероза, наличие на ЗД или аорто-коронарен байпас (АКБ).

Най-важната роля, при физикалния статус е да се изключат Кардиални неисхемични причини за гръдна болка, а именно :

- Белодробен тромбоемболизъм (БТЕ)
- Аортна дисекация
- Перикардит
- Клапни заболявания

Екстракардиални причини за гръдна болка:

- Пневмоторакс
- Пневмония
- Плеврални изливи
- Анемия
- Тиреотоксикоза
- Гастрит
- Язвена болест
- Панкреатит и др.

При пациентите с НАП болката не винаги е водещ симптом. Терминът тиха исхемия за първи път е въведен след голямото проучване Framingham. По- късно по данни от националния регистър на САЩ е установено че 1/3 от 434 877 пациента се хоспитализират с диагноза НАП поради други оплаквания, различни от гръдна болка. Такива пациенти обикновено са жени, възрастни, пациенти с ЗД, болни с прояви на сърдечна недостатъчност (СН). Те имат по-малък шанс да бъдат разпознати като исхемично болни, по-малка вероятност да бъдат лекувани правилно и съответно с по-голям процент на вътреболнична смъртност.

Според препоръките на Европейското Кардилогочино Дружество грижата за пациентите с ИБС с евентуална изява ОКС трябва да обхване етапите от първична профилактика (с контрол на рисковите фактории и идентифициране на високо-рисковите групи), бързо насочване към подходящо болнично заведение при изява на симптоми, адекватно болнично лечение и приложение на вторична профилактика. Този процес ангажира както кардиолози, така и други медицински специалисти като общо-практикуващи лекари, специалисти от доболничната медицинска помощ, рехабилитатори, липидолози и др.

Симптоми - задух – обикновено това е второстепенен симптом, който е по-типичен за по възрастните хора; сърцебиене; ритъмно-проводни нарушения; обща слабост; главоболие; причерняване; гадене, повръщане; изпотяване.

Обикновено последните симптоми са израз на разтроената вегетативна функция на организма. Тяхното наличие не е с първостепенно значение, но те не биват да се пренебрегват, защото в някои случаи отразяват тежестта на пристъпа и дават допълнителна информация на цялостното състояние на пациента.

Нестабилната стенокардия в повечето случаи е клинична диагноза, т.е. тя са поставя на базата най-вече на оплакванията на пациента и

характерната болкова симптоматика. Въпреки това има изследвания, които могат да подпомогнат диагнозата и по този начин да ускорят лечебния процес.

На първо място това е електрокардиограмата (ЕКГ). В редица случаи тя може и да е нормална. Прогностично значение обаче има търсенето на ST-депресия в някое от отвежданията – периферно или прекордиално. Въпросната депресия има типичен вид и тя се познава по характерното снижение на изоелектрическата ос. Тази депресия отразява исхемията на миокарда и има важно значение за степента на тежест на миокардното засягане. Освен това често в ЕКГ могат да се открият и отрицателни, т.е. под нивото на изоелектрическата ос Т-вълни. Този белег обаче е твърде неспецифичен и може да се наблюдава и при редица други състояния. Ето защо самостоятелното им откриване не говори със сигурност за наличието на миокардна исхемия. Характерно за нестабилната стенокардия е, че описаните ЕКГ промени, в случаите когато присъстват, са преходни. Поради тази причина ненавременното търсене на лекарска помощ затруднява диагнозата.

Често при част от пациентите с нестабилна стенокардия е удачно прилагането на велоергометрия, т.нар. работна проба. Тя се изразява в последователен ЕКГ запис на сърдечната дейност на пациента, докато той кара специално колело. Целта на изследването е да търси именно тези ЕКГ белези, които насочват вниманието за евентуална миокардна исхемия – ST-депресия и отрицателни Т-вълни. При пациенти обаче, които страдат от захарен диабет, имат предходна сърдечна операция или коронарография, в последните часове имат нестабилна хемодинамика (отразена чрез непостоянство на артериалното налягане) или пък персистиране на исхемичните ЕКГ данни, съществува повишен риск при извършването на велоергометрия, поради което тя и не се прави.

Ехографското изследване на сърцето при пациенти с изолирана нестабилна стенокардия не показва съществени отклонения. Обикновено то се прави за изключване на евентуален миокраден инфаркт или някаква клапна лезия, която да обяснява състоянието. При всички случаи обаче ехокардиографията е изследване с доказана точност и прецизност и е препоръчително неговото извършване при всеки сърдечно болен пациент за проследяване помпената функция на сърцето и състоянието на клапния му апарат.

Лабораторното изследване на кръвта има също своето значение. Обикновено неговото извършване цели отхвърлянето на диагнозата миокраден инфаркт. За целта се изследват специални ензимни маркери, които сочат степента на увреждане на миокарда. Най-често това са тропонинът, креатинкиназата (СРК) и нейната миокардна фракция (СРК-МВ). При повишени стойностите на посочените лабораторни показатили най-често се касае за остро и продължително исхемично увреждане на миокардна, съпроводено с некроза на неговите клетки. Поради това в тези случаи се поставя диагнозата миокарден инфаркт. Ако тези показатели са в норма, по-вероятно е да се касае за нестабилна стенокардия. При все това, обаче, винаги има изключения и при двата варианта.

В някои случаи при невъзможност за поставянето на диагнозата, е удачно провеждането на селективна коронарна артериография. Това представлява инвазивен метод, при който с помощта на специално въведено в съдовете багрило се изобразяват коронарните съдове. При наличието на запушване или стеснение се получава стоп в преминаването на контрастната материя и най-добре се визуализират стенозите. Освен диагностичен, този метод в редица случаи може да се превърне и в терапевтичен подход.

Нестабилната стенокардия е междинно състояние. То осъществява прехода от стабилната стенокардия към остро настъпващия МИ. Тя е един

вид предвестник за евентуалното настъпване на тежко миокардно усложнение. Именно и това е нейното най-голямо усложнение – миокардната некроза. При пациенти, които не обръщат внимание на стенокардните си пристъпи, които неглижират общото си и в частност сърдечно състояние, миокардният инфаркт може да настъпи с голяма вероятност.

Наличието на нестабилна стенокардия говори за една тежко протичаща атеросклероза на съдовете. Този процес обаче не обхваща само коронарните съдове, той може да се прояви навсякъде по съдовата система, включително и в мозъчните съдове. Така нестабилната стенокадия играе роля и за навременото откриване на значителни атеросклеротични стеснения в областта на мозъчните съдове, които биха могли да доведат до мозъчен инсулт.

В редки случаи заболяването може да предизвика сериозни ритъмно-проводни нарушения, като предсърдно мъждене, AV-блок и други. Още по-рядко нестабилната стенокардия може да е причина за настъпването на синкопални прояви със срив в хемодинамиката и рязко спадане на артериалното налягане.

Лечението на нестабилната ангина има два съществени момента – лечение на рисковите фактори и лечение на самия ангинозен пристъп. Лечението на рисковите фактори включва следните основни етапа:

- контрол и адекватно лечение на артериалната хипертония – целта е артериалното налягане да се поддържа в границите 120-130/80.
- лечение на дислипидемиите – най-често това става с промяна в начина на живот. Диетичният режим е от съществено значение, тъй като влияе благоприятно върху всички рискови фактори. Трябва да се избягват мазнините от животински произход, богатите на наситени мастни киселини храни, а да се предпочитат плодовете, зеленчуците, рибата. За намаляване на общият хорестерол и LDL-холестеролът от съществено

значение е приема на статини, които освен че повлияват липидния статус, имат и благоприятен противовъзпалителен и антиоксидантен ефект.

- лечение на захарния диабет е от съществено значение за адекватният контрол на гликемията и поддържането на гликирания хемоглобин под 6,5%.
- увеличаване на физическата активност
- намаляване на телесното тегло – фактор, който е от съществено значение за адекватната кислородна консумация на миокарда
- прием на тромбоцитни антиагреганти – това са препарати, които потискат взаимодействието на тромбоцитите (клетките, които водят до формирането на тромби) със съдовата стена и помежду им. По този начин се създава една добра профилактика на вътресъдовите тромбози. Обикновено като тромбоцитни антиагреганти се препоръчва редовния прием на аспирин всяка вечер след храна. При пациенти, които страдат от гастритни или язвени проблеми, се препоръчва приема на клопидогрел, който е отличен антиагрегант.

Лечението на самия ангинозен пристъп има няколко особености. То може да бъде медикаментозно и инвазивно.

На първо място терапията започва още вкъщи, при самото начало на болковата симптоматика. Пациентът приема таблетка нитроглицерин под езика и изчаква в покой. При неповлияване на симптоматика се препоръчва приема на още една таблета нитроглицерин. Ако и тогава не се постигне ефект, най-добре е да се потърси лекарска помощ. В болнична обстановка лечението включва следните основни препарати:

За овладяване на болката в началото може да се приложат силни обезболяващи като фентанил.

С голямо значение за прогнозата на състоянието е ранното включване на бета-блокери. Това са препарати, за които е доказано значението при намаляване риска и леталитета при развитие на МИ. Освен

това те имат и антиангинозен ефект, намаляват артериалното налягане и подобряват кръвоснабдяването на миокарда.

След овладяването на симптоматиката и подобряване състояние на пациента обикновено препоръките за продължително лечение включват прием на бета-блокер, статин, антиагрегант и АСЕ-инхибитор. Последният препарат е от съществено значение за правилната помпена функция на миокарда и освен това също има антихипертензивен ефект.

В някои случаи медикаментозната терапия не може да овладее симптоматиката. Друг път ефектът от лечението е временен и след кратко време независимо от приложеното лечение ангинозният пристъп се повтаря. Най-често в тези случаи се препоръчва инвазивното лечение на заболяването. То бива:

- перкутанна транслуминална коронарна ангиопластика (поставяне на стент) с помощта на специално въведен катетър с поставен в него балон се достига до стеснението на коронарния съд, довело до болковата симптоматика. Балонът се раздува и така атеросклеротичната плака се смачква, а луменът на съда се разширява. Едновременно с това на мястото на смачканата вече плака се поставя специално обработена пружинка (стент), която от една страна поддържа отворен лумена на дилатираната коронарна артерия, а от друга пречи на взаимодействието на съдовата стена с кръвните елементи. За съжаление обаче често тези стентове също имат атерогенен ефект и в даден момент могат да доведат до тромбообразуване.
- коронарен артериален байпас – обикновено тази методика се прилага в случаите, когато коронарографията открие запушване на две или повече коронарни артерии. В тази случаи поставянето на стентове е по-опасно, а и по-скъпо.

При пациенти с тежка стенокардна симптоматика, неповлияваща се от медикаментозното лечение, динамични ЕКГ промени, тежки аритмии

или хемодинамична нестабилност провеждането на спешна коронарография и интервенция при показания е най-добрия подход за оптималното повлияване на състоянието на пациента. В останалите случаи в допълнение към медикаментозната терапия съществуват две стратегии: ранна инвазивна с рутинно провеждане на инвазивно изследване или първоначална консервативна с медикаментозно стабилизиране, оценка на риска и при наличие на показания – провеждане на коронарна артериография. При инвазивната стратегия паралелно с медикаментозната терапия, се провежда коронарна артериография в рамките на 24 до 72 час от хоспитализацията. Целта е бързо и точно да се оцени състоянието на коронарните артерии и да се приложи оптималното лечение. При консервативния метод целта е медикаментозно стабилизиране и оценка на риска с тест с натоварване, и насочване за коронарография на тези от пациентите с положителни тестове – така наречената селективна стратегия. Коронарографията дава информация за големина, брой и място на лезиите, и къде е тромбозата. Това определя бъдещия лечебен подход, включително и необходимостта от аорто-коронарен байпас. Проведени са редица проучвания като резултатите не са еднозначни, но е ясно, че ползата от ранна инвазивна стратегия е толкова по-голяма, колкото по-рисков за сърдечно-съдови усложнения е пациента.

Вариантна ангина на Prinzmetal

Вариантната ангина на Принцметал се отнася към нестабилната стенокардия. Коронарният спазъм има водеща роля. Особеното при този вид стенокардия е, че една част от пациентите нямат атеросклеротични плаки, а друга имат, но те са малки, без да причиняват стенотични промени (т.е. не стесняват просвета на съда). Част от пациентите имат значими атероскелротични промени. В сравнение с хроничната стабилна ангина пекторис, при тази форма пациентите са по-млади, обикновено в добро здравословно състояние и често имат много малко рискови фактори за

типично сърдечно заболяване - с изключение на тютюнопушенето. Тютюнопушенето често е основен фактор за провокиране на ангина при хора с това състояние, тъй като тютюневите изделия могат да причинят артериални спазми.

Главно и основно проявление на патологичния процес е гръдната болка. По характеристика при Принцметал тя не се различава с нищо от типичната за стенокардията гръдна болка. Пациентите я описват като болка или пък стягане, натиск, тежест, дискомфорт в гръдната област с размер поне колкото дланта на ръката. Разполага се ретростернално – централно зад гръдната кост или прекордиално – леко в ляво. Възможно е да ирадира към шията и ръцете, като към лявата ръка това се случва по-често, но не е изключено да бъде и към дясната. Гръдната болка може да бъде придружена и от други симптоми – затруднено дишане, гадене, изпотяване и сърцебиене, както и от силно изразена тревожност.

Характерно за Принцемтал обаче е това, че за разлика от класическата стенокардия, при която пристъпът се предизвиква от физически или емоционален стрес, то тук болката най-често се появява в покой, особено в ранните сутрешни часове.

Диагнозата се поставя най-често на базата на симптоматиката в комбинация с ЕКГ. Особено характерна е находката там на преходна елевация на ST-сегмента. Спазъмът на коронарната артерия може да се докаже и с коронарна артериография.

Прогнозата за пациентите на медикаментозно лечение и с нормални или почти нормални коронарни артерии е добра. Тяхната 5-годишна преживяемост е между 89% и 97%. Всеки един пристъп може да е потенциално опасен и дори фатален, като съществува риск от миокардна увреда и животозастрашаващи камерни тахикардии. За средно 7-годишен период честотата на внезапната сърдечна смърт е 3,6%, а на острия

инфаркт на миокарда – 6,5%. Адекватното лечение намалява риска от тези усложнения.

Стенокардията на Принцметал се дължи на рязко намаляване на кръвоснабдяването на сърцето поради много силен спазъм на голяма коронарна артерия. В повечето случаи са налице атеросклеротични промени в артерията. Спазмът на коронарната артерия не се предизвиква от физическо усилие, а отключващи фактори могат да бъдат: никотин, кокаин, студ, хипервентилация, стрес.

Най-характерният клиничен белег е болката зад гръдната кост, която има следните особености:

- възниква в покой, а не при физическо или психическо натоварване
- болката настъпва главно нощем – след полунощ до 8 часа сутринта
- пристъпите имат цикличен характер
- болката се повлиява от нитроглицерин
- болката се влошава от бета блокери.

При малък брой пациенти може да се развият камерни тахиаритмии или брадиаритмии (синусов арест, атриовентрикуларен блок) по време на миокардна исхемия, причинена от коронарен спазъм. Това може да доведе до синкоп (краткотрайна загуба на съзнание) или до сърдечен арест (главно поради индуцирана от исхемията вентрикуларна фибрилация). В някои случаи коронарният спазъм може да бъде продължителен или да се усложни от локална коронарна тромбоза, която да причини остър миокарден инфаркт.

Диагнозата вазоспастичната ангина трябва да се подозира при всеки пациент, който има стенокардни пристъпи в покой. Наблюдават се ЕКГ промени – ST- елевация, която изчезва след преминаване на болката. Основният метод за диагностициране на спазъм на коронарна артерия е провеждането на селективна коронарна артериография (СКАГ).

Лечението на болните с ангина на Принцметал се провежда с нитропрепарати и калциеви антагонисти, които имат свойството да разширяват кръвоносните съдове. При пристъп се прилага нитроглицерин под езика или венозно. В извънпристъпния период се провежда лечение с нитрати с удължено време и калциеви антагонисти.

3.5. Остър коронарен синдром

Острият коронарен синдром е част от острите форми на исхемична болест на сърцето. ОКС представлява спектър от различни състояния, но е резултат на един патофизиологичен процес. След руптурирането или ерозирането на атеросклеротичната плака, разположената в стената на коронарния съд, формираният впоследствие вътресъдов тромб частична или напълна прекъсва кръвотока и доставката на кислород към участъка на миокарда, кръвоснабдяван от този съд. За да се осъществи коронарен инцидент, е необходимо да има подлежащо засягане на коронарните съдове при типичните форми. Това е т.нар. наличие на нестабилни атеросклеротични плаки. Това, което ги определя като такива е, че те имат богато липидно ядро и тънка покриваща фиброзна „шапка”. Ето защо лесно се разязвяват при различни условия. Впоследствие върху нараненатa повърхност се натрупват тромботични маси и така дефектът прогресира към частична или пълна оклузия на съда. Спирането на кръвотока за 10 и повече минути е отговорно за последствията, които настъпват в засегнатата зона. Дали това ще е само исхемия или ще прогресира към некроза (смърт) на миоцитите е основната разлика между различните форми на остър коронарен синдром. ОКС представлява сериозен здравословен проблем, защото на него се полагат голям дял от пациентите със сърдечно-съдови инвалидизиращи заболявания. Точната и бърза оценка на болестта е от съществена важност за прогнозата на пациента.

Клиничната изява на ОКС зависи от продължителността на прекъсване на коронарния кръвоток, площта и дълбочината на поразения миокард, тежестта на исхемията или некрозата, състоянието на останалите коронарни съдове и варира от нестабилна ангина пекторис до остър миокарден инфаркт. Най-характерните симптоми при остър коронарен синдром са гръдна болка, дискомфорт, изпотяване и животозастрашаващи аритмии. Болката продължава поне 20 минути и трудно се повлиява от приложението на нитрати или покой. Пристъпите стават все по-чести и продължителни. Болката е с типично разпространяване към гърба, долната челюст и китките на ръцете. Може да е съпроводена и с вегетативна симптоматика - изпотяване, гадене. Има прояви на сърдечна недостатъчност, които се изразяват в застой предимно в белодробните основи до кардиална астма в нощните часове. При ОКС се наблюдават ритъмни и проводни нарушения особено новопоявили се. Комбинациите от екстрасистоли или дори камерна тахикардия, новопоявилият се ляв бедрен блок налагат търсенето на исхемична генеза на заболяването. ОКС е сериозен проблем на здравеопазването и представлява голям процент от ежегодните хоспитализации. ОКС е една от най-честите причини за инвалидизация и смърт в европейските страни. Точната и своевременна диагноза на ОКС е необходима предпоставка за провеждането на съвременно лечение.

3.6. Епидемоиология и патогенеза на миокардния инфаркт

Миокардния инфаркт (МИ) е една от най–тежките клинични форми на ИБС. Той има голямо социално значение поради високата инвалидност и смъртност, които причинява. Инфаркта е смъртта на сърдечния мускул от внезапно запушване на коронарната артерия от кръвен съсирек. Коронарните артерии, са кръвоносните съдове, които предоставят на сърдечния мускул кръв и кислород. Запушването на коронарна артерия

лишава сърдечния мускул от кръв и кислород, причинявайки исхемия на сърдечния мускул. Исхемията на сърдечния мускул причинява болка в гърдите и чувство за натиск. Ако притока на кръв не е възстановен към сърдечния мускул в рамките на 20 до 40 минути, необратимостта на смъртта на сърдечния мускул става факт. Сърцето продължава да умира в продължение на шест до осем часа, при което сърдечната некроза обикновено е пълна.

Миокардният инфаркт е една от важните причини за смърт и инвалидизация по целия свят. Коронарната атеросклероза е хронично заболяване със стабилни и нестабилни периоди. През нестабилните периоди, в резултат на активиран възпалителен процес в стената на кръвоносния съд, пациентите могат да получат МИ. Миокардният инфаркт може да е малко събитие от продължаващото цял живот хронично заболяване, може да протече дори и незабелязано, но също така може да е катастрофално събитие, водещо до внезапна смърт или тежък хемодинамичен срив.

Честотата на това заболяване се увеличава през последните години и е голям социален проблем. България заема едно от първите места по брой на инфарктно болни. Засяга предимно хора около 45 до 65 годишна възраст, но може да засегне и значително по млади хора. Води до ранна инвалидизация и висока смъртност.

Основните рискови фактори (РФ), които могат да доведат до МИ са: тежки психически травми, нервно пренапрежение, рязко физическо натоварване, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, прехранване, angina pecturis, повишен холестерол, артериална хипертония (АХ), фамилна обремененост, болести на обмяната на веществата (диабет и обезитас), наследственост, заседнал начин на живот и др.

Намаляването или елиминирането на въздействието на някои РФ може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на МИ.

Главните рискови фактори - хипертония, дислипидемия, наднормено тегло и захарен диабет често се съчетават у един и същ пациент, което рязко увеличава риска от поява на остър миокарден инфаркт (ОМИ). Съчетано, макар и леко завишаване на основните РФ, при като цяло здрави индивиди, е често недооценявано от медицинската общност въпреки, че комбинацията от тези РФ значително увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания (ССЗ).

Възраст. Повечето от инфарктите на миокарда настъпват при хора между 40-70 години. Немалко случаи са описани при млади хора – под 40 години.

Пол. Коронарната тромбоза има явно предпочитание към мъжкия пол.

Тегло и телосложение. Наднорменото тегло се смята от много автори като важен фактор за развитието на атероматозата изобщо и частно за коронарната атеросклероза. Затлъстяването се съпровожда много често с хиперхолестеринемия и често с атеросклероза.

Професия. Въпросът за предразполагащата роля на професията е също оспорван и недостатъчно изяснен. Хора с активен физически труд боледуват по-рядко от коронарна тромбоза, отколкото хора със седяща професия или лек физически труд и при първите болестта протича по-леко. Професията обаче е свързана не само с различия във физическите усилия, но и с различия в умствените напрежения, поради което нейната роля трябва да се разглежда не само с оглед на физическото напрежение, но по-комплексно, като се вземат предвид други обстоятелства – на първо място степента на умственото и нервно напрежение или затормозяване.

Наследственост. Наследствеността е съществен предразполагащ фактор. Често много членове на една фамилия загиват от заболявания, свързани с атеросклероза - МИ, внезапна смърт, мозъчен инсулт. Наследствеността не е още достатъчно добре изучен фактор, но

най-вероятно тук играят роля обстоятелствата като сходен тип в строежа на коронарните съдове и конституция на тялото, сходно функционално състояние на ендокринните жлези и липидната обмяна, сходен начин на хранене, на живот и др.

Захарен диабет. Коронарната атероматоза е много по-честа при хората, боледуващи от захарен диабет. Смъртността от МИ е почти два пъти по-висока при болните от захарен диабет. Същевременно инфарктът протича по-тежко (особено при жените) при наличие на диабет.

Хипертонична болест. Както при захарната, така и при хипертоничната болест въпросът за механизма на предразполагащата роля е сложен и неизяснен. Високото кръвно налягане е причина за преждевременната смърт на около 7.1 милиона души по целия свят. То е основната причина за 62% от инсултите и 49% от заболяванията на съдовете на сърцето (инфаркт, стенокардия).

Тютюнопушене. Влиянието на тютюнопушенето се проучва усилено. В последните години не малко данни говорят за предразполагащото действие на никотина. Смъртността между боледуващите от коронарна болест е била в пряка зависимост от степента на тютюнопушенето. Известно е, че никотинът действа съдосвиващо на периферните съдове, предизвиква повишаване на артериалното налягане и учестяване на пулса. Известно е още неговото токсично действие върху нервната система и предразполагащото към съдови спазми. Вредното действие на никотина върху миокарда се отразява безспорно върху коронарните съдове чрез коронароспазми, особено при съществуваща атероматоза на тези съдове.

Сезонен фактор. Сезонните колебания на пристъпите от стенокардия и МИ са описани от немалко автори. Според тези автори МИ възниква по-често през зимните месеци (декември – февруари). В топлите страни някои автори описват най-честите пристъпи през най-горещите месеци – юли – август.

Психогенни фактори. Органичните изменения в съдовете в резултат на психични въздействия не са още достатъчно изучени. Известно е обаче, че психичните фактори въздействат върху нервно-вегетативната и ендокринната система и по рефлекторен път и върху други органи много автори описват случаи от стенокардични пристъпи предизвикани от психогенни фактори. Нервите и психогенните фактори играят съществена роля в нарушението на коронарното обръщение и оросяването на миокарда, а известно е, че при мнозинство от болните възникването на инфаркта е предшествано с по-къс или по-дълъг период от пристъпи на гръдна жаба.

Емоционални преживявания (гняв, уплаха, силна тревога). Те се изтъкват много по-често от болните като състояния, предхождащи инфаркта. Изтъкват се и фактите за инфаркт като гръдни травми, хирургически операции, силен студ или голяма горещина, инфекциозни заболявания, ангина, инсулинова хипогликемия и др.

Профилактика: Голямо значение за вторичната профилактика на инфарктно болните има премахването или ограничаването на така наречените вредни фактори – тютюнопушене, алкохол, наднормено тегло, хипертония, заседнал начин на живот, неправилен режим на хранене, стресови ситуации, голямо психично натоварване и др. Диспансерно наблюдение на тези болни допринася за провеждането на организирана - целенасочена профилактика. Правилно проведената програма с постепенно нарастване на физическото натоварване, подобрява физическата възможност на сърцето. Големите физически натоварвания са опасни и нежелателни.

Хранителния режим също е много важен – ограничаване на животинските мазнини, солта, подправките, въглехидратите.

За профилактиката от медикаментозно лечение се използват – Ацетизал 80-100 mg. дневно за цял живот, а също така и бета-блокери и АСЕ – инхибитори.

Най-често МИ е резултат от атеросклероза на коронарните артерии (атероматозните плаки се натрупват и стесняват лумена на съда), заедно с коронарен спазъм: причини за МИ могат да бъдат тромбоза или хеморагия, които стесняват или запушват коронарния съд и прекъсват коронарния ток; МИ може да се развие при рязко спадане на RR, при шок или кръвозагуба у лице със стенозираща коронаросклероза. В редки случаи може да се развие и при непроменени коронарни артерии, само при продължителен коронароспазъм.

От епидемиологична гледна точка, разпределението на МИ сред популацията може да се използва като информация за превалирането на коронарната атеросклерозна болест в тази популация. Освен това терминът МИ има голямо психологично и юридическо значение за индивида и обществото. То е индикатор на един от водещите здравни проблеми в света и оценяващ изхода от клинични проучвания и наблюдения. В миналото съществувал общ консенсус за клиничния синдром, обуславящ МИ.

Патогенезата на МИ е много сложна и недоизяснена. Участват много фактори - наличие на атеросклероза на коронарните артерии, като често е необходимо наличието на функционален моментен спазъм на коронарната артерия; стеснените от атеросклерозата коронарни съдове, както и забавянето или пълното прекъсване на кръвния поток от съдовия спазъм, създават условия за образуването на тромби. Други важни фактори за възникването на МИ са: рязкото увеличаване на кислородната консумация (при усилено физическо натоварване), рязкото повишаване нивото на кетахоламините в кръвта води до рязко увеличаване на кислородния разход и възможно до некротични изменения в миокарда. От голямо значение за появата и обширността на миокардната некроза е състоянието

на коронарната колатерална мрежа. В резултат на изброените по-горе причини настъпва остра исхемия на миокарда, нейната степен и продължителност определят развитието на некрозата.

Патоанатомично, МИ може да се дефинира като остър, заздравяващ (подостър) и хроничен - цикатрикс. Острият миокарден инфаркт (ОМИ) се характеризира от наличието на полиморфонуклеарни левкоцити. Ако интервалът между началото на инфаркта и смъртта е твърде кратък, например под 6 часа, може да има много малко или да липсват полиморфонуклеарни левкоцити. Наличието на мононуклеарни клетки и фибробласти и липсата на полиморфонуклеарни левкоцити, характеризира заздравяващия миокарден инфаркт. Хроничният МИ се манифестира като белег, без клетъчна инфилтрация. Целият процес водещ до белег (цикатрикс) отнема поне 5-6 седмици. МИ могат да бъдат класифицирани временно от клинични и други белези, а също така и в зависимост от патологичната проява като развиващ се (evolving < 6 часа), остър (6-7 часа),заздравяващ/healing (7- 28 дни) и заздравял / healed (29 и повече дни). Трябва да се подчертае, че клиничното и електрокардиографско начало на ОМИ може да не съвпада точно с патологичното начало. Например в ЕКГ може да има развитие на ST-T промени и да има повишени стойности на сърдечните биомаркери (т.е пресен инфаркт) по време когато инфарктът е в заздравяваща фаза.

Някои пациенти с или без анамнеза за коронарна болест могат да развият клинична картина на исхемия, с наличието на продължителна и дълбока гръдна болка, диафореза (обилно изпотяване) и/или задух и внезапен колапс. При тях смъртта може да настъпи преди да се вземат кръвни проби или да са във фазата, преди сърдечните биомаркери да могат да се индентифицират в кръвта. При тези пациенти може да е настъпил развиващ се фатален ОМИ. Пациенти с данни за пресен тромб от

коронарна ангиография (ако е проведена) и/или при аутопсия трябва да се класифицират като починали в резултат на МИ.

Стадии на миокарден инфаркт - Различават се три клинични стадия – остър, подостър и хроничен. Острият включва първите 3-7 дена, през което време се развива некрозата. През подострия стадий става заместването на некротичния участък със съединителна тъкан и той продължава 3-4 седмици, след което започва хроничния стадий на адаптация на организма към увреденото сърце. В хроничния цикатриационен стадий, постоянен белег за прекаран МИ остава патологичния Q – зъбец, който в някои случаи може да изчезне.

Изследвания и диагностични методи - в първите часове от МИ има висок % на ритъмни нарушения. Има екстрасистоли, ранни и групови камерни екстрасистоли, които показват повишената възбудимост на миокарда. Болните са неспокойни, напрегнати, с бледа изпотена кожа, цианоза, заемат активно или полуактивно положение. Измерването на RR може да дава ниски стойности, в границите на шока, т.е под 85/45 mm/hg, пуслът да е слаб, да има синусова тахикардия – сърдечните тонове да са слаби.

В края на първия и началото на втория ден се повишава телесната температура до 38 С, поради некроза и реактивни възпалителни изменения в зоната на инфаркта. Ако температурата се задържи на по-високи стойности, трябва да се търсят причините, да се мисли например за: белодробна емболия, тромбофлебити, бронхопневмонии и др.

Като основни диагностични методи се прилагат: лабораторните показатели, ензимни показатели, ЕКГ, ехокардиография, неинвазивни методи на изследване на сърцето, Rő изследвания с контрастна материя, инвазивни методи на изследване и др.

Лабораторни показатели: резорбцията на некрозата протича с увеличаване на левкоцитите в кръвта. Левкоцитоза около и над 20.109 l. е

лош прогностичен белег. СУЕ е ускорено; повишени са алфа 2 и гамаглобулините; С–реактивния белтък, фибриногенът.

Ензимни показатели - СГОТ (АСАТ) се повишава, 97% от случаите при трансмурален инфаркт, от 12 час с максимум до 24 час. Повишението е до 10 пъти над нормата.

СГПТ (АЛАТ) норма до 22 Е/l., нараства до 4 пъти при МИ

ЛДХ се повишава към 12 час от началото на инфаркта с максимум на 36-48 час. Норма 120-240 Е/l.

ЛДХ1 и ЛДХ2 също се увеличават; норма 50-140 Е/l.

СПК (креатинфосфокиназа).

Голяма специфичност за прогнозата на МИ имат миокардните изоензимни фракции на ЛДХ и СПК.

Сърдечните тропонини (cTn), заедно с данните от анамнезата и елек¬трокардиограмата за миокардна исхемия, са „златният стандарт” за диагностициране на ОМИ.

Здравните заведения трябва да разполагат с възможности за количес¬твено изследване на серумните нива на cTn за отдиференциране на МИ. Провеждането на това изследване е задължително при случаите с неста¬билна стенокардия. Сърдечно-специфичните тропонини (cTnT или cTnI) са предпочитаният биомаркер за доказване на миокардна некроза поради тях¬ната по-голяма чувствителност и специфичност в сравнение с измерването на креатинкиназата (СК) или на нейната МВ фракция (СК-МВ). Трябва да се има предвид, че повишаването на cTn без клинични данни за исхемия може да се дължи на други причини за миокардна некроза като миокардит, аортна дисекация, белодробна емболия, застойна сърдечна недостатъчност, бъбречна недостатъчност.

ЕКГ е основен метод на диагностика на МИ и играе роля не само за разпознаването на инфаркта, но и за определяне на неговата локализация и обширност. ЕКГ измененията се появяват най-често през първите часове от

настъпването на инфаркта и имат определена динамика. Понякога липсват в началото и се появяват на втория ден или по-късно, това трябва да се има в предвид при наличието на съответната клинична картина. В участъка на инфаркта се различават три зони на увреждане: некротична, лезионна и исхемична. Некрозата създава QS-зъбец; лезията – издигане на ST-сегмента и исхемията-коронарната Т-вълна. Патологичния QS-зъбец е най сигурния ЕКГ белег за диагнозата на сърдечния инфаркт. Отрицателната Т-вълна при МИ е дълбока, симетрична и с изострен връх. Описаните три главни ЕКГ промени при МИ не се намират винаги едновременно и имат характерна динамика. Най-рано след настъпването на инфаркта се появява издигането на сегмента ST, след това се оформя патологичния QS-зъбец и най-накрая коронарната Т-вълна. ЕКГ образа се оформя изцяло в края на първата седмица от началото на инфаркта.

Неинвазивни методи на изследване на сърцето.

Обзорни изследвания:

- Rő skopia на сърцето
- Rő graphia на сърцето
- Rő томография. Послойно изследване на сърдечните клапи и големите кръвоносни съдове.
- Rő кимография – дава данни за съкратителната способност на същето.

Инвазивни методи на изследване

- Сърдечна катетеризация
- Ангиокардиография
- Ангиография.

Сърдечната катетеризация представлява инвазивно изследване на сърцето и коронарните артерии. По време на сърдечна катетеризация често се извършва и коронарна ангиография. Сърдечната катетеризация се използва за анализиране на кръвния поток в коронарните артерии, измерване на налягането в сърдечните кухини (предсърдия и камери),

проверка функцията на клапите и установяване на вродени сърдечни пороци, следоперативен контрол. Катетеризацията служи и за терапевтични цели, напр. ангиопластика с или без поставяне на стент, както и дава информация дали е необходимо да се извърши хирургична интервенция, напр. аорто-коронарен байпас. Освен коронарна ангиография, по време на сърдечна катетеризация могат да се извършат и други рентгенови изследвания, като вентрикулография. Сърдечната катетеризация се извършва при случаи с ИБС и други заболявания, засягащи функцията на сърцето, и цели:

- измерване на кръвния поток и налягането във вентрикулите (камерите)
- измерване на кръвния поток в коронарните артерии. Това дава информация дали е необходима хирургична намеса или друг вид процедура, като например, ангиопластика с поставяне на стент за възстановяване на нормалния кръвен поток в засегнатите коронарните артерии.

Други случаи, при които може да се използва сърдечна катетеризация са:

- за проверка на помпената функция на сърцето
- за откриване на вродени сърдечни пороци и оценка на сериозността им. В някои случаи сърдечната катетеризация може да послужи като средство за отстраняване на дефекта
- за проверка на кръвния поток през сърцето след хирургични интервенции
- за оценка на функцията на сърдечните клапи.

Видове сърдечна катетеризация:

- Десностранна – катетърът се въвежда по венозен път през кубиталната или феморалната вена. Измерват се налягането и кислородното насищане на кръвта в празните вени, дясното предсърдие и дясната камера.

- Левостранна – катетърът се въвежда по артериален път чрез брахиалната или феморалната артерия. Оглеждат се лявата камера, лявото предсърдие и аортата.

Сърдечната катетеризация може да има следните усложнения:

- болка и напрежение на мястото на пункцията
- нараняване на съда от катетъра
- кървене от мястото на поставяне на катетъра
- проблеми с уриниране след процедурата – рядко.

Сериозните усложнения при коректно провеждане на сърдечна катетеризация и спазване на препоръките на лекаря от пациента са изключително редки. Тук се включват спазъм на коронарна артерия, алергична реакция, бъбречни усложнения и др. При откриване на сериозни състояния може да се наложи хирургична интервенция за отстраняването им. Сърдечната катетеризация е изследване, което се провежда под рентгенов контрол, но при съвременната апаратура облъчването е незначително.

Резултатите от сърдечната катетеризация показват как функционират сърцето и коронарните артерии и дали има нарушения в структурата и функциите им. На резултатите от изследването могат да повлияят - тревожност или вълнение са причина за повишаване на артериалното кръвно налягане и нарушаване ритъма на сърдечната дейност, следователно повлияват резултатите от сърдечната катетеризация.

Ангиокардиографията е диагностична техника, която се състои в въвеждане на контрастно вещество в коронарните съдове и камери на сърцето и извършване на серия рентгенови лъчи. Този силно информативен метод за изследване на сърдечни пациенти се използва широко за идентифициране и изследване на сърдечни дефекти или аномалии на големите съдове. В допълнение, техниката може успешно да се използва за диагностициране на други сърдечно-съдови патологии,

които изискват определяне на хемодинамични нарушения и съдови лезии. С помощта на ангиография се получават серия изображения на кръвоносни съдове и сърцето, след като контрастното вещество се инжектира в кръвния поток. В зависимост от клиничните показания, контрастът може да се прилага по няколко начина:

- във вена на крайник;
- чрез ретроградна катетеризация на лявата камера през периферната артерия;
- чрез трансептална катетеризация на лявото сърце, когато катетър с игла след поставяне във феморалната вена се доставя в дясното предсърдие, пробива преградата с игла и влиза в лявото предсърдие или камера;
- чрез перкутанна пункция на лявата камера.

Най-често за ангиокардиография предимно се извършва катетеризация на сърцето, за да се приложи радиопрозрачно вещество. След като катетърът бъде въведен в сърдечната кухина, от кухините се изтегля кръв за анализ на газ и измерване на налягането. И само след провеждането на тези изследвания е въвеждането на контраст за получаване на серия снимки.

За изследването могат да се използват йодсъдържащи радиопрозрачни средства. Те са водни разтвори с висока концентрация на органични йодни съединения (около 65-85%). Дозата на такива лекарства зависи от теглото на пациента - 1-1,5 ml на 1 kg тегло.

Ако е необходимо да се идентифицира перикардиалният перикардит, въглеродният диоксид може да се използва като контраст. Такова изследване се нарича ангиокардиопневмография.

Ангиографията представлява образно изследване на сърдечно-съдовата и лимфната система посредством контрастно вещество и рентгенови лъчи. Извършват се последователно поредица от снимки, които

позволяват да се определи състоянието на кръвния поток. Получените по време на ангиографията образи се наричат ангиограми.

Видове ангиография - различават се артериография, венография и лимфография в зависимост от типа на съдовете, които се изследват.

Ангиографията може да се използва за изследване съдовете на различни органи: сърце, мозък, бъбреци, крайници. В зависимост от това се различават следните видове ангиография: коронарна, церебрална, ренална, хепатална и др.

Според съдовата област, която се изследва, ангиографията бива: аортография, периферна ангиография, кавография.

За подготовка са необходими подробни анамнестични данни (общи заболявания, приемани медикаменти, особено такива, повлияващи кръвоспирането, алергии, бременност). Няколко часа преди провеждане на изследването не се приемат храни и течности. При необходимост се предписват седиращи медикаменти. Изследването се извършва под местна анестезия в мястото, където ще се пунктира кръвоносният съд. Обща анестезия се използва при малки деца или при комплексни случаи. Пунктира се кръвоносния съд, след което през канюлата на иглата се въвеждат последователно ангиографски водач, дилататор и катетър. В зависимост от избора на кръвоносен съд за достъп ангиографията може да бъде трансфеморална, трансаксиларна, брахиална, транслумбална. Инжектира се контрастна материя под налягане ръчно или с помощта на инжектор в количество в зависимост от калибъра на съда. Извършват се серия от рентгенови снимки или се наблюдава директно на монитор кръвонапълването на съда чрез т. нар. дигитална субтракционна ангиография. На мястото на пункцията се поставя компресивна превръзка.

Ангиографията се извършва в стационарни условия, времетраенето ѝ е от 30 минути до 2 – 3 часа при по-комплексни изследвания. Обичайно болният се изписва още на същия ден или на следващия след извършване

на изследването. След завършване на ангиографията е необходимо да се спазват следните указания: да се пази постелен режим за поне едно денонощие, ако е пунктиран феморален съд, да не се сгъва крака, да не се приемат вода и храна поне 2 часа.

Усложнения - хематом на мястото на пункцията, възможно е увреждане на кръвоносен съд от въведения катетър. При извършване на коронарна ангиография съществува минимален риск от провокиране на сърдечен пристъп или инфаркт. Много рядко тромбемболизъм на периферните артерии, алергични реакции към контрастната материя.

Видове инфаркт според тяхната локализация.

-преден инфаркт – поради силно намален или прекъснат коронарен кръвоток на нисходящия клон на лява коронарна артерия, довежда до некроза на предната стена на лява камера, включваща междукамерната преграда

- долен инфаркт - най-често обхваща дясната коронарна артерия и некрозата е в задната част на лява камера

- масивен инфаркт – води до руптура на миокарда и внезапна смърт

- нетрасмурален инфаркт – протича с често повтарящи се болки, променящи се по сила и продължителност. Не се влияят от нитрати, имат повишена активност на СГОТ, СГПТ, ЛДХ, СПК имат увеличен фибриноген, СУЕ, левкоцити; установяват се промени в СТ-сегмента и Т-вълната която е патологична

- трансмурален инфаркт – на предната стена на сърцето може да се чуе перикардно триене; то заема малка площ и е бързо преходно

- рецидивиращ инфаркт – поява на клинични изменения, ЕКГ и лабораторни данни за пресни некротични изменения, преди да е настъпило функционалното възстановяване и завършване на цикатризирането на предишния инфаркт.

Клинична картина и признаци на настъпилия инфаркт - миокардния инфаркт настъпва внезапно, остро, често по време на нощен сън. Най-важният и водещ симптом е пристъпната стенокардна болка - в 75% от случаите. Болката е зад стернума с ирадиация към ляво рамо, лява ръка, шия, долна челюст и по-рядко към гърба, дясна гръдна половина, дясна ръка и епигастриума. Болката се появява обикновено при покой и времетраенето и е от 20-30 минути до няколко часа и е с различна сила. Обикновено е силна, дълбока, с характер на свиване, стягане, притискане – недостиг на въздух или се редуват пристъпи с непрекъснато нарастваща сила. Приложението на нитроглицерин и покой не повлияват болката. Друг важен признак на МИ е настъпването му сутрин между 06 и 09 часа. В 30% от случаите МИ се проявява атипично. Болката не рядко наподобява и се греши с оплакване от гастрит, язва, жлъчна криза. При 5-10% от случаите МИ протича без болка - така обикновено протича при болни с диабет. Има и случаи при които липсва болка в гърдите, а болните се оплакват от внезапно настъпил силен задух, който е следствие от бързо настъпила ляво – камерна слабост.

Понякога клиничната картина се влияе от проявите от страна на ЦНС – затруднен говор (афазия), загуба на съзнание и симулиране на мозъчен инсулт.

Силните болки при МИ не винаги означават остър и тежък инфаркт. МИ се придружава от различни вегетативни прояви – болните са неспокойни, уплашени, имат “чувството, че умират”, повишена възбуда, остро настъпваща слабост, изпотяване, виене на свят, гадене, повръщане, прилошаване, чести дефекации, метеоризъм и др.

Признаци на настъпилия инфаркт - болката настъпва най-често внезапно, в състояние на покой, по-често през нощта, когато поради повишения тонус на вагуса, кръвоснабдяването на миокарда е по-слабо. Нерядко обаче пристъпът може да настъпи и през деня, след някое

физическо или психическо напрежение. Тя е от типа на ангинозната болка, но е още по-силна – една от най-жестоките болки. Болните я оприличават на силно стягане и притискане, което ги души, на смачкване на гърдите и по рядко мушкане или горене. Поради интензитета си и продължителността си болните я характеризират като нетърпима. Понякога при дълготрайните болки тя е нетърпимо силна – половин до няколко часа, след което намалява по сила и става по-търпима. По често тя обаче остава не променена до прекъсването и. Болката се локализира зад гръдната кост, по-често зад долната и половина, понякога към сърдечния връх. Инфарктната болка не се успокоява от нитроглицерина както болката при angina pectoris. Болката при инфаркта има почти същата ирадиация както болката при angina pectoris. Типичното и разпространение е към лявото рамо и лявата ръка.

Типична симптоматика при пациенти с остър миокарден инфаркт - гръдната болка е най-честия и важен симптом при пациентите с ОМИ. Тя се локализира на широка основа в ретростерналната област, с разпространение често към двете страни на предната гръдна стена с предоминиране в лявата страна. Болката радира най-често към лявото рамо и надолу по вътрешната страна на лявата ръка, хипотенара, четвъртия и петия пръст и предизвиква чувство на изтръпване на лявата китка, ръка и пръсти. Други по-редки радиации на болката са нагоре към шията (отпред и отзад), гърлото, двете ръце, раменета, долната челюст или назад към междускапуларното пространство. Болката може да се появи само в гърдите, само в интраскапуларната област, в долната челюст или зъбите, само в шията, само в лявата ръка или понякога само в част от ръцете. Някои болни усещат само тъпа слаба болка и скованост на китката на на лявата ръка, в съчетание с тежест (дискомфорт) в субстерналната или прекардиалната област. При някои случаи болката започва в епигастриума

и симулира различни абдоминални нарушения, поради което ОМИ може да се приеме погрешно за остро стомашно или панкреасно заболяване.

Според своя характер типичната болка при ОМИ бива:

- Стягаща болка.
- Пристягаща болка.
- Стискаща болка с усещане на смазване, стягане в менгеме или в „обръч“ (констрикция).
- Силна тежест (опресия).
- Чувство на задушаване.
- Дълбока тежка болка.

В редки случаи болката е рязка и ограничена по площ и се характеризира като промушване, пронизване, пробождане с нож, пробиване (въртяща болка) или горене. Понякога болката започва като режеща и след това преминава в силна тежест и стягане.

Болката при ОМИ е различна по интензивност при отделните болни. При повечето случаи тя е силна и понякога непоносима и изисква високи дози опияти, за да бъде потисната. Други случаи протичат с умерана или слаба болка, която се възприема от болния като дискомфорт с тежест и стягане в гърдите.

Друг характерен белег на инфарктната болка е нейната голяма продължителност, обикновено над 30 минути, много часове, денонощие. В редки случаи болката е сравнително краткотрайна, с продължителност около 15-30 минути. Тя не се повлиява или понякога краткотрайно намалява от Нитроглицерин няколко таблетки сублингвално. Болката не намалява при покой. Тя често настъпва при покой, събужда болния или се явява скоро след ставане от сън. Може да се появи по време или скоро след физически и психически усилия.

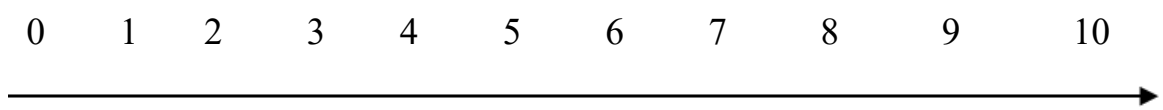
Болката е неприятно чувство и емоционален опит, свързани с налична или потенциална опасност от нараняване на тъкани. Тя винаги е

субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде.

Оценяват я със скала до 10 точки -болката при определено заболяване при едни хора е по-силна, при други по-слаба. Специалисти дадоха ориентировъчни примери за скалата на болката, чиято най-висока степен е 10 точки:

- 10 точки- смята се, че исхемичната болка е най-мощна. Такава човек изпитва при остър инфаркт или при силна стомашна колика.
- 9 точки - с толкова може да се оцени панкреатит, при който хората така се свиват от болка, че заемат позата, известна като “молещ се мохамеданин”.
- 8 точки - бъбречна колика (при някои обаче тя се оценява с 10 точки, при други - с 5) или примерно болка в рамото при острата фаза на заболяването.
- 7 точки - счупване (при някои то се равнява и на 10 точки).
- 6 точки - изкълчване на става (при някои се дават и 8 точки).
- 5 точки - изгаряне на кожата, хронична болка, която мъчи хората нощно време.
- 4 точки - зъбобол или главоболие (при някои последното може да се оцени с 2, а при други с 8 точки).
- 3 точки - менструални болки (при някои се дават 5 или дори 6 точки).
- 2 точки - контузия, натъртване.
- 1 точка - дискомфорт.

Номерирана скала:



Няма болка Възможно най-силната болка

Болката настъпва най-често внезапно, в състояние на покой, по-често през нощта, когато поради повишения тонус на вагуса кръвоснабдяването на миокарда е по-слабо. Нерядко обаче пристъпът може да настъпи и през деня, след някое физическо или психическо напрежение. Тя е от типа на ангинозната болка, но не още по-силна – една от най-жестоките болки. Болните я оприличават на силно стягане и притискане, което ги души, на смачкване на гърдите и по рядко мушкане или горене. Поради интензитета си и продължителността си болните я характеризират като нетърпима. Понякога при дълготрайните болки тя е нетърпимо силна – половин до няколко часа, след което намалява по сила и става по-търпима. По често тя обаче остава не променена до прекъсването и. Болката се локализира зад гръдната кост, по-често зад долната и половина, понякога към сърдечния връх. Инфарктната болка не се успокоява от нитроглицерина както болката при angina pectoris. Болката при инфаркта има почти същата ирадиация както болката при angina pectoris. Типичното й разпространение е към лявото рамо и лявата ръка.

Сърдечно-съдови смущения - те могат да се проявят още от самото начало, могат да настъпят и по-късно – след няколко часа след започване на болката. Лицето придобива сиво-синкав, пепелив цвят. Болният е овладян от голяма слабост и често, ако това се случи в движение или работа, прималява и пада. Понякога има гадене и повръщане. Пулсът се ускорява. При тежки форми става филиформен и трудно се напипва. Крайниците, носът и ушите изстиват. Студена пот избива по кожата.

В някои случаи сърдечната слабост се проявява под формата на остра левокамерна слабост – сърдечна астма или остър белодробен оток. Левокамерната слабост може да се появи и в по-лека форма – с явления на застой в белодробните основи без пристъпи на задух или изразена ортопнея.

Деснокамерната слабост при МИ се наблюдава по-рядко. В случаите, при които се проявява, тя настъпва обикновено след преминаването на острия стадий на болестта – обикновено няколко седмици, а понякога и по-късно – след първия стенокарден пристъп на инфаркта или шоково състояние. Инфаркт на междукамерната преграда с последващо образуване на дефект се наблюдава в около 1% от случаите с остър миокарден инфаркт. Интервалът между острия инфаркт и настъпващата руптура на междукамерната преграда варира между 1 и 12 дни. Оформеният вече дефект на междукамерната преграда изключително влошава прогнозата на заболяването, като 24% от пациентите умират в първия ден след руптурата. 65% в края на втората седмица и по-малко от 20% преживяват до втория месец. Водещо в клиничната картина е внезапното влошаване на функционалния клас с настъпване на застойна сърдечна недостатъчност или шок. Въпреки демонстративността на клиничната картина окончателната диагноза се поставя посредством доплер-ехокардиография и сърдечна катетеризация. Хирургичната корекция е индикирана при почти всички случаи. Възможно е изключение само по отношение на много възрастни пациенти с напреднали мултиорганни увреди. Предоперативно се поставя интрааортна балонна помпа за подпомагане на левокамерната функция. Интервенцията не трябва да се отлага и извършването й колкото се може по-рано е правило. След включването на екстракорпоралната циркулация и кардиоплегичното спиране на сърцето се осъществява инцизия в областта на инфаркта на лявата камера, за да се представи новопоявилият се дефект на междукамерната преграда. Околните некротични тъкани на дефекта се изрязват и той се затваря с помощта на заплатка (кръпка) от дакрон. Лявата камера се възстановява директно или с помощта на допълнителна заплатка от дакрон, така че да се запази геометрията й. При необходимост се поставят допълнително графтове към всички засегнати и увредени коронарни съдове. Независимо от напредъка

на сърдечната хирургия при тези пациенти ранната следоперативна смъртност все още е висока и зависи от тежестта на предоперативния шок и степента на мултиорганното засягане.

Усложнения, възникващи в следствие от миокардния инфаркт:

В острия период най-честите усложнения са: тежки ритъмни и проводни нарушения, кардиогенен шок, белодробен оток, остра сърдечна аневризма с руптура, тромбоемболия.

Ритъмни и проводни нарушения се осъществяват в 95 до 100% от случаите. Най-чести и с най-сериозна прогноза са камерните аритмии, камерните екстрасистоли, камерната тахикардия малка честота на камерните съкращения и камерно мъждене, често завършващо фатално. По-редки и с по-добра прогноза са - надкамерните аритмии – предсърдни екстрасистоли, предсърдно мъждене, предсърдна тахикардия.

Кардиогенен шок – много често се предшества от силен и продължителен болков пристъп, тежки нарушения в сърдечния ритъм /аритмичен шок както и тахи или брадисистолия. При миокарден инфаркт развитието на кардиогенния шок се свързва с тежка прогресираща недостатъчност на помпената функция на сърцето. Настъпва хемодинамична катастрофа с прояви на силно изразена хипоксия /кислороден глад/ на жизнено важни органи и системи – мозък, сърце, бъбреци, черен дроб и др. причините могат да бъдат рефлексни влияния от инфарктното огнище и други моменти. Основна причина е намалената маса на функциониращия миокард на лявата камера.

Тежкият кардиогенен шок като правило се наблюдава при много обширни инфаркти, където некрозата обхваща повече от 50% от миокарда на лявата камера,но може да се развие и при повторен МИ.

Клиничната картина при кардиогенния шок е: бледост, хладна обилна пот, цианоза, колапс на шийните вени. RR бързо спада, в резултат на остро настъпващата левокамерна недостатъчност, се появявят: силен

задух, тахикардия, бързо прогресиращи застойни явления в белите дробове, олигурия /намалено количество урина/ анурия /липса на урина/, повишаване на остатъчния азот в кръвта.При “истинския” кардиогенен шок смъртността е 80–90%.(21)

Белодробен оток – Среща се при 20 – 30% от болните в острия период на инфаркта и смъртността при него достига до 40 – 70%. Развива се преди всичко при обширно увреждане на миокарда /повече от 40%/ на лявата камера от пресния инфаркт или продължителна хипертонична болест. Напредналата възраст е допълнителен утежняващ фактор. Може да доведе до алвеоларен отток и болничния леталитет е до 50%.

Сърдечна аневризма – честотата на аневризмите на сърцето след МИ се колебае от 2,7 до 3,8%. Аневризмалната кухина обикновено е запълнена с тромби, които в последствие се наслояват и уплътняват. На повърхността им може да се образуват свежи тромби, които в последствие да се откъснат и да предизвикат тромбоемболични усложнения. Основен клиничен симптом на сърдечна аневризма е появата на левостранна сърдечна недостатъчност. Аневризмалните изменения често се съчетават с пристенен тромбоендокардит. За неговото развитие може да се говори, ако имаме продължително повишена температура с чести разтрисания, обща отпадналост, изпотяване, анемичен синдром, увеличена утайка, тахикардия, поява на белези на застойна сърдечна недостатъчност. Най-важният симптом на тромбоемболията е възникването на тромбоемболии в големия кръг на кръвообращението.

При острите сърдечни аневризми инцидентите са най-чести между 2 и 14 ден от началото на инфаркта. Клиничната картина на руптурата наподобява кардиогенния шок. Стига до загуба на съзнание, лицето е бледо и смъртта настъпва за няколко минути. Тромбоемболичните усложнения се наблюдават, както в острия така и в подострия стадий на

ИМ. Един от източниците за тромбоемболии са острите или хронични сърдечни аневризми и съпътстващите ги тромбоендокардити

Руптури на сърцето - могат да засегнат свободната стена на лява камера, между-камерната преграда или пиларните мускули. Руптурите завършват бързо със смърт (до 2, 3 минути).

Тромбоемболии – редки усложнения в приблизително 2% от случаите. Отчитат се в острия и подострия стадий. Източник за тях са тромбофлебитите на долен крайник и аневризмите. Най-често настъпват в белодробните артерии, също и в артериите на горен крайник и долен крайник.

Постинфарктен синдром - клинично се проявява с перикардит, плеврит, пневмония. Обикновено се развива след десетия ден от началото на заболяването. Наблюдават се случаи и през втората година. Най-характерни са високата температура, болки в сърдечната област с различен интензитет и характер. В протичането на постинфарктния синдром се наблюдава цикличност с повторни повишавания на температурата, обостряне на плевралните и перикардни изменения.

Аневризма на лявата камера - левокамерната аневризма се развива на базата на масивен миокарден инфаркт. Честотата му е средно от 2 до 4 % в случаите с МИ, като 90 % от аневризмите ангажират антеросептalната част на лявата камера и само около 10 % задната. Повече от 50 % от тези аневризми съдържат интрамурален тромб. От полза за окончателната диагноза е електрокардиограмата, доплер-ехокардиографията и сърдечната катетеризация. Повечето от пациентите са индицирани за хирургично лечение, което се състои в из-рязване на аневризмата, възстановяване целостта на лявата камера и пълна коронарна реваскуларизация. Ранната следоперативна смъртност при тези пациенти варира от 4-5 % за планово оперираните до 20-25 % за оперираните по спешност. Прогнозата за

неоперираните пациенти е трагична, докато за преживелите оперативната интервенция е задоволителна.

Болните с пресен МИ подлежат на спешна хоспитализация. След оказване на първа медицинска помощ, лечението продължава в линейката до настаняване на болния в отделението за интензивни грижи, където се правят непрекъснат ЕКГ– контрол, мониториране, следят се пулсът и RR, честотата на дишането и има готовност за максимално бързо извършване на електрошок, електрокардиостимулация, интубация и командно дишане. Важно е бързото поставяне на точна диагноза. В интензивното отделение болните са на строг постелен режим.

Главно условие е да се премахне стенокардната болка. Обезболяването се извършва със силни аналгетици. Правят се до 10-20 mg. Морфин фракционирано венозно, заедно с 1-2ml. Атропин (да се избегнат страничните явления на морфина – повръщанията). Морфинът потиска дишането и затова трябва да се внимава при по-възрастни пациенти и при тези с дихателна или чернодробна недостатъчност.

Други също широко прилагани аналгетици са: Фентанил 0,5 ml. венозно, Лидол, както и препарата Таламонал по една ампула венозно (смес от равни количества Фентанил и Дроперидол). През първото денонощие се инхалира кислород с назална сонда по 3-4 l. в минута, а през следващите дни в зависимост от наличните показатели (за да се намали хипоксията).

При болни с пресен МИ, които постъпват в болница през първите 4 до 6 часа от началото на инфаркта и нямат противопоказание за приложение на фибринолитици е показано въвеждането на стрептокиназа - венозно. Препарата разтваря пресния коронарен тромб (съсирек) и при 50-70% от болните се възстановява коронарния кръвоток през запушената от тромба коронарна артерия (при непоносимост към фибринолитици има опасност от алергична реакция до тежък шок!).

Най-често се прилага стрептокеназа 1500000 Е във венозна дифузия за един час. Когато венозно приложения фибринолетик не доведе до разтварянето на коронарния тромб и реканализация на запушената коронарна артерия се престъпва към механично катетарно реканализиране и спешна коронарна ангиопластика. След завършване на стрептокиназната инфузия, се провежда лечение за профилактика на коронарната ретромбоза с Хепарин и Ацетизал.

През последните години се утвърждава интервенционалното лечение на болните с ОМИ - с помощта на балон-катетри и стентове се възстановява проходимостта на инфарктната артерия.

Болните са на строг постелен режим през първите дни в зависимост от състоянието им и настъпилите усложнения. Необходим е пълен психически покой. Болните лежат на гръб, не им се позволява сядане или ставане. Когато инфаркта протече без усложнения, за да се избегнат застойните явления (застойна бронхоплевмония, декубитуси и др.) се престъпва към максимално ранна рехабилитация.

Интензивната терапия е непрекъснат, динамичен лечебен процес, при който своевременното, незабавно, правилно и точно реагиране на промените в състоянието на болния е от изключителна важност и значение за успешния резултат. Голямата наблюдателност, внимание, опит и прецизност в работата на медицинската сестра трябва да спомагат за ранното разпознаване и улавяне на застрашаващите живота на болния моменти и бързото справяне в критичните ситуации.

В лечението на миокардният инфаркт се различават главно два основни етапа доболничен и болничен.

В доболничния етап задачите на лекаря е да постави своевременно диагноза и да започне веднага прилагането на всички неотложни мерки за овладяване на болката, на настъпилите ритъмни нарушения на сърдечната дейност и за профилактика на другите тежки усложнения. Едновременно с

това се организира незабавно транспортиране в болнично заведение за оказване на специализирана медицинска помощ.

Основна единица за лечение на болни с остър миокарден инфаркт /ОМИ/ е отделението за интензивно наблюдение и лечение.

С постъпване в болничното отделение на болния с остър инфаркт на миокарда трябва да се осигури непрекъснато клинично и мониторно наблюдение, системен ЕКГ контрол, динамично проследяване на хемодинамиката, на ензимите и други биохимични показатели на кръвния серум. Болният се поставя в първите един- два дни на строг постелен режим с цел да се намалят максимално нуждите от кислород на миокарда, да се ограничи разширяването на инфаркта, да се предотврати развитието на евентуални усложнения и да се ускорят възстановителните процеси в увредения сърдечен мускул.

Както в доболничния така и в болничния период е важно да се проведе обезболяваща терапия . При избора на обезболяващи средства трябва да се вземе предвид силата и продължителността на болката . За обезболяване се използват медикаменти- анестетици, аналгетици и опиати /фентанил, морфин, дроперидол и др/. Дават се таблетки аналгин, валидол, нош-па, валериан,седативни средства и др.

На болния се подава кислород под налягане (2-5 l/min.), той има важно място за лечението на ОМИ изписва се, защото допринася за бързото овладяване на болката.

Друг важен момент от лечението но ОМИ е овладяването на аритмиите Като се има предвид, че почти у всеки болен с ОМИ е възможно да настъпи внезапна смърт в резултата на развило се ритъмно нарушение, профилактиката на ритъмните нарушения е задължителна.

От антиритъмните средства най-често се използват лидокаин, новокаин, бета блокери,атропин и др. Атропин се назначава при болни със синусова брадикардия.

Антикоагулантното и тромболитично лечение, започва в острия стадий на лечението. Хепаринът е представител на преките антикоагуланти /противосъсирващи/ той подтиска процесите на съсирваемостта на кръвта. Лечението с хепарин трябва да започне колкото е възможно по-рано и да бъде в достатъчна концентрация, стига да няма противопоказания.
Тромболитичното /стопява съсирека/ лечение се прилага в острия стадий на МИ след преценка за началото на заболяването.

Тази терапия се прилага с добър успех в първите часове, в първото денонощие от началото, като се прилага- фибролизин, стептокиназа и др. Този метод има успех при 30-40% от пациентите. При лечението на ОМИ сърдечните гликозиди трябва да се прилагат внимателно и то при наличието на сърдечна недостатъчност, по удачно е да се приложат диуретици.

Кардиогенният шок е най-опасното усложнение. При поява на белези за това трябва да се включат всички мерки за копиране на болката, ритъмните нарушения, подобряване на помпената функция на сърцето, микроциркулацията на сърдечния мускул, предотвратяване на тромбемболичните усложнения, борба с белодробния отток и прогресиращата хипоксия. От 2003г. получилите ОМИ в София и Пловдив се лекуват по модерен, сигурен и безплатен начин, чрез първична ангиопластика /PTCA/ . Този метод дава шанс да бъдат спасени пациентите- 90%, а вероятността да получат втори удар е по-малка.

При ангиопластиката в запушената от съсирек сърдечна артерия, които спира потока на кръв към сърцето и причинява инфаркта, се вкарва специален катетър и се поставя устройство (т. нар. стент), осигуряващо проходимостта на артерията.

След това пациента се диспансеризира и му се прилага едногодишно лечение с медикамента- PLAVIX, който предотвратява запушването на

стента. Този медикамент се отпуска безплатно с протокол от здравната каса.

Болните с МИ подлежат на диспансерно наблюдение. Според Наредба №2 от 4 февруари 2003 г. за диспансерно болните се провежда диспансерно наблюдение на задължително здравно осигурени лица.

Диспансерното наблюдение на лицата се организира и провежда от общопрактикуващ лекар, от педиатър или специалист по профила на заболяването. Лекарят, който извършва диспансерно наблюдение, регистрира данните от анамнезата, обективното състояние, назначените от него изследвания, схема на наблюдение, лечение и рехабилитация в “ Амбулаторен лист “ (бл. МЗ- НЗОК №1), маркиран като диспансерен вид преглед, и осигурява изпълнението на назначенията, предписани от косултант/и. Диспансерното досие се съхранява при лекаря, провеждащ наблюдението.

3.7. Патогенеза на атеросклерозата

Атеросклерозата е едно от най-често срещаните заболявания на нашето съвремие. Разпространението на атеросклерозата и свързаните с нея сърдечно-съдови болести (исхемична болест на сърцето, инфаркт на миокарда, мозъчен инсулт) може да се сравни с епидемия, обхванала цивилизованите страни през XX и XXI век. През последните години заболяванията, причинени от атеросклерозата се „подмладяват“, което е отражение на нездравословния начин на живот на съвременния човек. През последните години се наблюдава трайна тенденция за подмладяване на това заболяване. Коронарната артериална болест включва два основни процеса: фиксиран и трудно обратим процес на постепенно съдово стеснение, който се развива бавно за десетилетия (атеросклероза), и динамичен, потенциално обратим процес на внезапен и непредвидим като протичане и прогресия път, причиняващ бърза, пълна или частична

оклузия на коронарния съд (тромбоза или вазоспазъм). Възможно е съчетание и на двата механизма. Съобразно това, симптоматичната коронарна увреда включва смесица от хронична атеросклероза и остра тромбоза с разностепенно преобладаване на едно от двете състояния. В общия случай атеросклерозата преобладава при пациентите с клиника на стабилна стенокардия, докато тромбозата е основен патогенетичен механизъм в групата на остър коронарен синдром. ОКС е животозастрашаващо събитие, проява на атеросклеротичен процес, при който преципитиращ фактор е острата тромбоза. Последната е резултат на ерозия или руптура на липидната плака с или без насложена вазоконстрикция, което като цяло причинява внезапно, критично ограничаване на кръвотока. В комплекса на дестабилизиране на атеросклеротичната плака основно, ключово място заема възпалението. Съобщават се редки случаи на ОКС с неатеросклеротична етиология като артериити, травма, дисекация, тромбоемболизъм, вродени аномалии, кокаинова злоупотреба, усложнения при сърдечна катетеризация. Възпалението е основен провокиращ и поддържащ фактор за атерогенезата. Левкоцитите представляват главния клон клетки, които, при започване на процеса на отлагане на липиди в ендотела, кумулират на мястото на липидно натрупване посредством преминаване на кръвни клетки през неувредени стени на кръвоносните съдове. Този процес започва на много ранен етап от началото на хиперхолестеролемичното състояние.

Атеросклерозата поразява по често мъжете отколкото, жените и е по разпространена сред селското население. Това се дължи на лошия стил на живот с който те ускоряват степента на биологичния процес. Смъртността от усложненията на атеросклероза в съвременния свят заема водещо място - тя надвишава почти два пъти тази от всички форми на рак, взети заедно. Прогнозата е тази смъртност да продължава да нараства независимо от

големия напредък в диагностиката, терапията и профилактиката. Тя има три основни форми – коронарна, мозъчна и периферна атеросклероза. При прогресиране на заболяването болните получават инфаркт, инсулт, или периферна гангрена и загиват, или получават тежки инвалидизиращи увреждания. България е водеща по честота и смъртност от инсулт и инфаркт сред европейските страни. Това определя атеросклерозата като социалнозначимо заболяване, което трябва активно да се профилактира и лекува. Атеросклерозата е мултифокален процес, който често засяга едномоментно или последователно различни съдови области – коронарни (сърце), каротидни (мозък), периферни артерии (крайници), висцерални артерии и коремна аорта (черва, бъбреци, вътрешни органи). В над 50% процента от случаите атеросклерозата протича безсимптомно или с дискретна симптоматика и често първата й изява е внезапно и остро настъпила тромбоза на артерия, причиняваща инфаркт – сърдечен, мозъчен, чревен, бъбречен или гангрена. Ако пациентът преживее чрез интензивно лечение тромбозата, засегнатият орган остава завинаги с остатъчно поражение, причиняващо различна по степен инвалидност. Всъщност ние виждаме само върха на айсберга – вече изявената клинично атеросклероза, но огромният процент болни от атеросклероза остават недиагностицирани и нелекувани. Затова е необходимо насочване на усилията на специалистите към ранна диагностика на скритите безсимптомни форми на атеросклероза. Друга важна характеристика на атеросклерозата е факта, че тя дълго време протича асимптомно. Атеросклеротичните плаки постепенно прогресират, стеснявайки лумена на съда, но патологичен хемодинамичен и клиничен ефект се получава едва когато плаката стенозира над 70% от диаметъра на съда. В този случай налягането дистално от стенозата пада и при натоварване се развива относителен недостиг на кръв и съответно на кислород в кръвоснабдяваните тъкани, като хипоксията води до клинично оплакване

– стенокардия, клаудикацио интермитенс – болки в крайниците при движение, мозъчен дисконфорт или абдоминална ангина (болки в корема). Едва в този случай, при напреднал стенозиращ процес, специалистът провежда диагностично изследване и назначава съответна терапия. Но често пъти и по-малки плаки – около 50-60%, могат да причинят тежко усложнение, ако руптурират, при което се развива тромбоза (запушване) на съда. По-малките плаки могат да създадат клиничен проблем като емболизират, при което откъснатият съсирек запушва крайната част на съда. В случаите на тробоза или емболия може да се развие инфаркт, инсулт или периферна гангрена. В този смисъл няма безопасни плаки. В допълнение към руптурата на атеросклеротичната плака, възникването на ерозия в нея е също важен механизъм за възникване на ОКС. Появата на ерозия в плаката привлича формените елементи на кръвта на мястото, с образуване на тромб на повърхността на плаката, докато при руптура на плаката тромбът обхваща дълбоките слоеве на плаката, включващи липидното ядро. Това води до уголемяване и бърза прогресия на плаката, ако тромбът не се акомодира при позитивното ремоделиране. Всяка една атеросклеротична плака може да доведе до тежко съдово усложнение. Но безсимптомните стенози, които сапреобладаващото болшинство от атеросклеротичните плаки не се диагностицират, освен ако не се извърши целенасочен скрининг при пациенти с рискови фактори. Тази специфика на атеросклеротичния процес прави атеросклерозата опасно заболяване, тъй като изявените клинични форми са само 10-20 % от реално болните хора. Получава се така, че ние активно лекуваме върха на айсберга, а огромният процент болни остават недиагностицирани и нелекувани. Колкото и успешно да се лекуват съдовите услажнения – инфаркта, инсулта и гангрената, докато не се започне да се диагностицира и лекуват асимптомните форми, няма да има успех в борбата с атеросклерозата. Истинското лечение на това заболяване започва едва когато се успее да се

проведе скрининг и лечение на асимптомните форми. Атеросклерозата не е линеен, еднопосочен процес, а заболяване с алтернириращи фази на стабилност и дестабилизация. Внезапната промяна на клиничните симптоми при пациентите се свързва с нестабилност на плаките. Плаката, склонна към нестабилитет, съдържа голямо липидно ядро, малко количество гладкомускулни клетки, висока концентрация на клетки на възпалението и тънка фиброзна шапка, покриваща липидното ядро [149]. Хиперхолестеролемията, тютюнопушенето и високите нива на фибриноген са фактори, за които се съобщава, че допринасят за дестабилизирането на пациентите, водейки до тромботични усложнения. Широко разпространената концепция за „нестабилност" при пациентите има важни терапевтични приложения, които включват както фокалната реваскуларизационна стратегия, така и необходимостта при отделни пациенти да се прилагат системни средства, целящи стабилизиране на високорисковия профил, предполагащ исхемични атаки.

Целта на съвременната медицина е не само лечението на болестите, но и първичното предпазване от тях. Предвид хроничното и дългосрочно асимптомно протичане на атеросклеротичния процес, атеросклерозата е заболяване, което дава възможност за ефективна първична профилактика, ранна диагностика и своевременна превантивна терапия.

Атеросклерозата е процес на наслояване на масти по вътрешната стена на кръвоносния съд, в резултат на което стената му задебелява (образуват се т. нар. атеросклеротични плаки), артериалният лумен се стеснява и потока на преминаващата кръв намалява. Основният патологичен компонент на АС – атеросклерозната плака, започва да се формира дифузно в субендотелното пространство на съдовете в ранна възраст и има прогресивно развитие. Най-честата и важна причина за намаленото кръвоснабдяване на сърдечния мускул е атеросклерозата.

Атеросклерозата се развива в участъци от съдовата стена, където е налице ендотелна дисфункция. Тя най-често е свързана с високи концентрации на атерогенни липопротеини и/или хомоцистеин в кръвта, наличието на артериална хипертония, захарен диабет, инфекциозни микроорганизми или комбинация от тези и други фактори. С нарастването на плаката може да се достигне до усложнена лезия - атеросклерозни плаки, които запълват значителна част от лумена на съда. Ако лезията с нарастването си започне да ограничава кръвотока така, че той не може да задоволи кислородните нужди, настъпва тъканна исхемия, както е при стабилната исхемична болест на сърцето. Нарастването на плаката не винаги води до стеноза на лумена, тъй като атеросклеротичните артерии могат да се ремоделират и да приспособят към формата си нарастващата лезия при съхраняване на нормален или почти нормален диаметър на лумена. Усложнените плаки могат да се превърнат и в нестабилни фиброзни плаки, които руптурират и се получават тромбози, обуславящи остри клинични усложнения – нестабилна ИБС, инфаркт на миокарда, мозъчен инсулт. Стабилността на атеросклеротичната плака не е свързана с нейния размер, а със степента на възпалението в нея, дебелината на фиброзната плака и големината на липидното ѝ ядро. Малките плаки с тънка фиброзна обвивка по-често руптурират и това води до остра тромбоза поради бързата агрегация на тромбоцити около руптурата. Атеросклеротичните плаки могат да се разделят според степента на стесняването на съда, според начина на това стеснение и според характера (дължина, Са натрупвания в плаката, структура). Разделянето на плаките на тип А, В и С е въведено от Ambrose. И трите причиняват ограничение на коронарния кръвоток, но в различна степен. Според Американската кардиологична асоциация тип А е тази плака, която е концентрична, по-къса от 10 mm дължина, с ъгъл под 45 градуса, без калциеви отлагания, няма тотална оклузия, лесно достъпна е за интервенция с ангиопластика и липсва тромб [150]. Успехът на

интирвенционалната кардиология при този тип плаки е над 85% и рискът от нея е нисък. Плаките тип В са с дължина 10-20 mm, ексцентрични, тубуларни, със средна извитост на проксималния сегмент, с ъгъл между 45 и 90, плаката е неравна, има калцификати, и има малък тромб. Тези плаки са труден обект за интервенция с ангиопластика. Пластиките тип С са най-трудни за преодоляване с ангиопластика и при тях често се налага като въвеждаща процедура ротаблация. При тях стенозата е дълга над 2 см., стеснението на лумена на съда е над 90 градуса, има големи калциеви натрупвания, може да има оклузия с давност над три месеца, ангиопластиката е с успех под 60%.

Атеросклерозата дълги години се е разглеждала като дегенеративно заболяване, засягащо предимно възрастни индивиди и предизвикващо симптоми чрез механични ефекти на кръвотока. Най-съвременните изследвания върху клетъчните и молекулни механизми на АС доказват, че тя е динамичен, хроничен възпалителен процес, върху който може да се въздейства.

Еволюцията на атеросклерозата обикновено отнема години. Формирането на склеротичната плака е сложен процес в който вземат участие клетъчни елементи, съдова стена, липиди, холестерол и др. появата на симптоми и настъпване на усложнения зависи от локализацията на плаката, големината на засегнатия съд и наличието на подлежащи рискови фактори. Една от социално значимите изяви на атеросклеротичната болест е исхемичната болест на сърцето. От това заболяване страдат милиони хора по целия свят, като често се наблюдават усложнения (миокарден инфаркт, нестабилна ангина пекторис), които нелекувани навреме могат да доведат до инвалидизация или смърт. Профилактиката на атерасклерозата и коригирането на рисковите фактори е от основно значение за намаляване на заболеваемостта и смъртността. Съществуват множество анатомични и физиологични рискови за развитие

на заболяването. Те могат да бъдат разделени на различни категории: вродени или придобити, модифицируеми или не, класически или не. Рискът се увеличава значително при наличието на няколко рискови фактори. Например, наличието на два рискови фактора увеличава риска от развитие на атеросклероза четири пъти. Хиперлипидемията, хипертонията и тютюнопушенето в комбинация увеличава риска около седем пъти.

Модифицируеми рискови фактори са:

- захарен диабет или нарушен глюкозен толеранс
- дислипопротеинемия или липопротеини с много ниска плътност
- тютюнопушене
- повишени серумни концентрации на С-реактивен протеин
- дефицит на витамин В 6
- дефицит на йод и хипотиреоидизъм, което предизвиква покачване на серумния хорестерол и липидната пероксидация.

Немодифицируеми рискови фактори са:

- напредналата възраст
- мъжки пол
- фамилна обремененост
- генетични аномалии.

Поставянето на диагнозата – атеросклероза на коронарните артерии става чрез контрастно изследване на коронарните съдове. Необходимо е да се направят и кръвни изследвания за установяване наличие на рискови фактори (високи нива на холестерол) и цялостна оценка на състоянието на пациента – пълна кръвна картина, биохимия, липиден профил, тиреоидните хормони.

На ултразвуков скрининг за атеросклероза подлежат следните групи пациенти:

- болни с изявени рискови фактори за атеросклероза: артериална хипертония, дислипидемия, захарен диабет, тромбофилия, фамилна

анамнеза, тютюнопушене, системен или тежък стрес, възраст над 50 години;

- всички пациенти с оплаквания типични за някои от формите на атеросклероза – стягащи болки в гърдите, болки в крайниците при движение, мозъчен дискомфорт – смущение в говора и двигателните функции на крайниците;

- всички болни, които имат изявена някоя от клиничните форми на атеросклероза (инфаркт, инсулт, съдова гангрена) – за скриниране на други форми.

Ултразвуковата диагностика е с големи възможности за ранно и масово скриниране на безсимптомните форми на периферната и каротидна атеросклероза. Едномоментно, в рамките на 20-30 минути с цветен ехо-доплер и доплерова сонография, може да се изследва и диагностицира атеросклерозата в нейните най-ранни форми – промени в съдовата стена до 1/10 от мм. Ранната диагностика на скритите форми на атеросклероза позволява провеждане на медикаментозна терапия за спиране и регресия на процеса и ефективно ендоваскуларно лечение, предпазващо от развитие на тежки усложнения – инфаркт, инсулт, гангрена.

В немалка част от случаите оперативното лечение е най-подходящия избор и често е единствената опция, даваща шанс на пациентите за преживяване на поредната исхемична атака.

3.8. Ритъмни нарушения на сърдечната дейност - видове

Брадикардията е състояние, при което е налице забавена сърдечна честота. При възрастни хора сърцето прави 60 до 80 удара в минута. Ако сърдечната честота спадне под 60 удара в минута, състоянието се разглежда като брадикардия. При децата, за нормална се приема сърдечна честота от 110 – 130 удара в минута и следователно, при тях брадикардия е

състоянието под 100 удара в минута. Брадикардията, може да се развие вторично при някои заболявания като хипотиреоидизъм, някои гастро – интестинални заболявания, жълтеница или при използване на лекарства. Хора със сърдечно заболяване, включително хипертония, лекуващи се с медикаменти, които забавят сърдечната функция, например бета – блокери и калциеви антагонисти, също могат да имат брадикардия. Брадикардията може да е последствие на някои типове сърдечни атаки. Състоянието се наблюдава често при възрастни хора, които страдат от атеросклероза и деца с вродени заболявания. Брадикардията може да протича с умора, учестено дишане, световъртеж или слабост. Тези симптоми обикновено не се наблюдават при спортисти и тренирани хора. Диагнозата се поставя от лекаря след преглед, а причината се изяснява с изпълняването на специфични изследвания, електрокардиограма, ехокардиография.

Ако брадикардията не причинява оплаквания не се налага лечение. При наличие на оплаквания, се започва лечение с медикаменти, които повишават сърдечната честота. В отсъствие на ефект от медикаментозното лечение и персистиране на симптомите се имплантира постоянен пейсмейкър.

Брадикардия под 30 удара в минута е спешно, живото застрашаващо състояние, което бързо води до нарушено кислородно снабдяване на мозъка и загуба на съзнание и в отсъствие на адекватно лечение – до фатален изход. При тежки форми на брадикардия, сърцето бие толкова бавно, че не изпомпва достатъчно кръв за задоволяване на нуждите на организма. Това може да бъде опасно за живота.

Тахикардията е състояние на увеличение на сърдечната честота над 90 удара в минута. Трябва да се прави разлика между тахикардия като патологично явление, което е увеличение на сърдечната честота в покой и тахикардия като нормално физиологично явление (нарастване на

сърдечната честота, в резултат на физическо усилие, в резултат на вълнение или страх).

Патологичната тахикардия е вредна поради няколко причини. На първо място, честото сърцебиене намалява ефективността на сърцето, защото вентрикулите нямат време да се пълнят с кръв, което води до понижаване на кръвното налягане и намаляване на притока на кръв към органите. От друга страна, влошаването на условията на притока на кръв към сърцето, тъй като няма много работа за единица време и се нуждае от повече кислород , и лоши условия на притока на кръв към сърцето, увеличава риска от коронарна болест на сърцето и сърдечен удар. Тахикардията не е заболяване, а симптом, тъй като може да се появи като проява на много и различни заболявания. Най-честите причини за тахикардия са нарушения на вегетативната нервна система, заболявания на ендокринната система, хемодинамични нарушения и различни форми на аритмия.

Камерната тахикардия кара сърцето да бие много бързо обикновено от 120 до 200 удара в минута. Тахикардия означава ускорена сърдечно дейност, а камерна, защото проблемът започва в долната част на сърцето. Камерната тахикардия може да бъде опасна особено, ако има и други сърдечни заболявания.

Симптомите на камерната тахикардия включват: сърцебиене, гръдна болка или дискомфорт, недостиг на въздух, световъртеж, припадък. Камерната тахикардия може да доведе до животозастрашаващо състояние, наречено камерно мъждене. Това е фатално, ако не бъде отстранено до минута или две.

Причините, които може да доведат до камерна тахикардия са: високо кръвно налягане, коронарна болест на сърцето, вродени сърдечни заболявания, някои лекарства, както и емоционален или физически стрес.

Камерната тахикардия се диагностицира с електрокардиограма /ЕКГ/. Ако ЕКГ теста предположи, че има камерна тахикардия изследванията, които трябва да се направят са: кръвни тестове, ехокардиография, амбулаторна ЕКГ, електрофизиологично проучване и ангиограма.

Лечението на камерната тахикардия има за цел спирането на атаките и предотвратяването на бъдещи такива. Може да бъдат дадени някои видове лекарства, които да контролират сърдечния ритъм и честота. Това са бета-блокери, блокери на калциевите канали и антиаритмични лекарства. Тези лекарства ще ви ги предпише лекуващият ви лекар. С тях лечението може да продължи много кратко време, но в някои случай може и да продължи месеци или дори години. В някои случай може да се наложи и хирургична намеса.

При **синусовата тахикардия** сърдечната дейност се учестява от 100 до 120-140, а в редки случаи и до 180-200 удари в минута. Причините за синусовата тахикардия могат да бъдат най-различни.

- Силно понижен ваготонус, например при вълнения.
- Силно повишен симпатикотонус. Симпатиковият нерв се възбужда при хипертиреози, нервни и психични възбуди, кортико-висцерални смущения, продължително изправено положение на тялото.
- Директно увреждане на синусовия възел при различни интоксикации и инфекциозни процеси.
- Вродено състояние, което се проявява често при ортостатизъм /изправено положение/
- При повишаване на температурата се развива и тахикардия, на 1 градус - 6-8 систоли, вследствие на дразненето на синусовия възел от топлата кръв. Тахикардията при сърдечни заболявания е изключително често явление, но в тези случаи, тя е само приспособителен механизъм - дължи се на

дразненето на отворите на вените от повишения кръвен натиск. Тахикардията намалява значително полезния ефект на сърдечната дейност - намалява систоличния обем, нарушава и намалява храненето на миокарда.

Тахикардията често пъти протича без оплаквания. В други случаи болният има сърцебиене и натиск в сърдечната област. Той се уморява бързо. Обективно се установяват ускорена правилна сърдечна дейност правилен пулс. Намират се данни за основното заболяване.

Пароксизмалната тахикардия е пристъп от екстрасистоли. Тя е пристъпно заболяване, при което изведнъж настъпва учестена дейност на сърцето, от 150 до 300 систоли в минута, и изведнъж се нормализира. За появата на пристъпи от пароксизмална тахикардия е необходимо да има център на патологично дразнене в проводящата система. Такива центрове се крият при възпалителни, дистрофични и склеротични процеси в сърдечния мускул. В някои случаи пароксизмалната тахикардия се наблюдава и при здрав миокард. За да настъпи пристъп, винаги трябва да има смутена вегетативна нервна дейност с превалиране на симпатиковия тонус.

През време на пристъпа систоличният обем става много малък, вследствие на което кръвта се задържа в предсърдията и празните вени и се развиват застойни симптоми. Поради лошо кръвооросяване настъпват дистрофични изменения и сърдечният мускул отслабва. При тахисистолия над 180 систоличният обем става много малък.

Характерен симптом на пристъпната тахикардия е внезапното й появяване като пулсът достига до 150-200-300 удара в минута. Вследствие силната тахикардия се развиват застойни процеси и миокарда отслабва. Пристъпът продължава минути, часове, а може и седмици. Пристъпът може да бъде краткотраен или да се повтаря често.

ГЛАВА II. Здравни грижи за първична и вторична профилактика при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

2.1. Наблюдение на общото състояние и измерване на показатели при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се нарича „подход за сестринство" или „процес за сестрински грижи". Той се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма. Медицинската сестра планира, подготвя, организира и осъществява назначените изследвания на сърдечносъдовата система. Тя осъществява грижите за пациента до неговото пълно оздравяване и възстановяването на нормалното му функциониране. Сестрински грижи се полагат при човека за задоволяване на основните му жизненоважни нужди, когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика. Медицинската сестра е необходимо винаги да се съобразява с индивидуалните особености на пациента. Тя следи общото състояние на пациента и регистрира неговите показатели в съответната документация. При болестите на сърцето пациентите се оплакват от бързо настъпване на умора, ограничаване на физическата активност, задух при усилия или покой, нощни пристъпи на задух, кашлица, отделяне на храчки, предноторакална болка, дискомфорт при физически усилия или в покой, сърцебиене, тахикардия, прилошаване, замайване, отоци, нарушения в диурезата, бърза промяна на телесното тегло. Тези пациенти се нуждаят от

индивидуален подход, който са базира на техните индивидуални потребности.

Болните с пресен МИ подлежат на спешна хоспитализация. След оказване на първа медицинска помощ, лечението продължава в линейката до настаняване на болния в отделението за интензивни грижи, където се правят непрекъснат ЕКГ– контрол, мониториране, следят се пулсът и RR, честотата на дишането и има готовност за максимално бързо извършване на електрошок, електрокардиостимулация, интубация и командно дишане. Важно е бързото поставяне на точна диагноза. В интензивното отделение болните са на строг постелен режим.

Главно условие е да се премахне стенокардната болка. При болни с пресен МИ, които постъпват в болница през първите 4 до 6 часа от началото на инфаркта и нямат противопоказание за приложение на фибринолитици е показано въвеждането на стрептокиназа - венозно. Препарата разтваря пресния коронарен тромб (съсирек) и при 50-70% от болните се възстановява коронарния кръвоток през запушената от тромба коронарна артерия (при непоносимост към фибринолитици има опасност от алергична реакция до тежък шок!). Когато венозно приложения фибринолетик не доведе до разтварянето на коронарния тромб и реканализация на запушената коронарна артерия се престъпва към механично катетарно реканализиране и спешна коронарна ангиопластика. След завършване на стрептокиназната инфузия, се провежда лечение за профилактика на коронарната ретромбоза с Хепарин и Ацетизал.

През последните години се изключително много се утвърждава интервенционалното лечение на болните с ОМИ - с помощта на балон-катетри и стентове се възстановява проходимостта на инфарктната артерия.

Болните са на строг постелен режим през първите дни в зависимост от състоянието им и настъпилите усложнения. Необходим е пълен

психически покой. Болните лежат на гръб, не им се позволява сядане или ставане. Когато инфаркта протече без усложнения, за да се избегнат застойните явления (застойна бронхоплевмония, декубитуси и др.) се престъпва към максимално ранна рехабилитация.

Интензивната терапия е непрекъснат, динамичен лечебен процес, при който своевременното, незабавно, правилно и точно реагиране на промените в състоянието на болния е от изключителна важност и значение за успешния резултат. Голямата наблюдателност, внимание, опит и прецизност в работата на медицинската сестра трябва да спомагат за ранното разпознаване и улавяне на застрашаващите живота на болния моменти и бързото справяне в критичните ситуации.

Болните на апаратна автоматична вентилация се нуждаят от целенасочено, непрекъснато, специфично наблюдение и грижи. Реанимационната сестра следи дали апаратът подава зададените параметри (дихателен обем, дихателна честота, положително и отрицателно налягане). Осигурява и контролира подаването на овлажнен и затоплен кислород. Поддържа чистотата на устната кухина, отстранявайки периодично набиращите се секрети. При болните с интубационна тръба или трахеостомия много важно е редовното поддържане тоалета на дихателните пътища, като при най-строга асептика периодично се аспирират секретите през интубационната тръба или трахеостомната канюла. Следи се за правилното функциониране на сонди, катетри, дренажи. Общите грижи – масажи, фрикции на кожата, профилактика на декубитусите, правилно парентерално, ентерално и смесено хранене – остават неотменим важен фактор в лечението.

Сестрински грижи и показания за приемане на болен в отделение за интензивна терапия

- Приемане на болния в интензивно отделение

- Ако е възможно - разговор с пациента или неговите близки с цел събиране на информация за попълване на необходимата информация
- Попълване на фишове за съответните изследвания: Фиш за биохимично изследване, за рентгеново изследване, за урина
- Требване за храна – диета № 10 А
- Пациента се поставя на първи режим
- Медицинската сестра вписва в реанимационния лист на всеки 1 или 2 часа данните за пулс, кръвно налягане, диуреза
- Включва се на мониторинг
- На пациента трябва да се осигури пълен физически и психически по-кой
- Положението в леглото е леко повдигнато на горната част на тялото. Разрешава се само бавно обръщане на дясната страна при тежко състояние с помощта на медицинска сестра
- Кислородолечение – по назначение на лекар се определя дозировката и начина на подаване
- Стриктно медицинската сестра изпълнява назначената лекарствена и инжекционна терапия
- Наблюдение на кожа и лигавица. Наблюдение за цианоза, отоци по тялото
- Медицинската сестра има задължение за смяна на постелно и лично бельо
- Извършване на хигиенни тоалети.

Интензивната терапия представлява комплекс от методи и средства за временно изкуствено заместване на жизнено важни функции на организма с цел да се предотврати пълното изтощение на адаптационните механизми и настъпването на терминални състояния.

Отделението за анестезиология и интензивна терапия е специфично отделение в което се прилагат непрекъснати грижи и лечение за критично болни при които се очаква благоприятен изход.

Тези отделения се създават с цел: концентриране на тежко болните, концентриране на високо квалифициран персонал, концентриране на скъпо струваща апаратура, икономически ефект, избягване на психотравма

на по-леко болните ситуирани до тежко болни.

Контингент на ОАИЛ са болни които имат срив в основните жизнени функции – дишане, циркулация, метаболизъм и др. Болни в агонални състояния и в терминален стадий на заболяване не се приемат в отделението. Средния престои е 3-4 дни. Показани за интензивно лечение са пациенти в критично състояние, нуждаещи се от животоспасяващи и лечебни мероприятия, които не могат да бъдат осигурени извън отделението: апаратна вентилация, интензивно функционално-диагностично мониториране (апаратно и клинично) на фона на провежданото лечение, поддържане на циркулацията (чрез венозна инфузия на медикаменти или апаратно), екстракорпорално очистване на кръвта и др.

В отделение за интензивно лечение се хоспитализират и пациенти с остро настъпили необратими соматични увреждания, за преценка като потенциални донори на органи за трансплантация.

Извеждането на болни от отделението става след клинично и функционално-диагностично стабилизиране на застрашаващото живота състояние и решаване на основния лечебен проблем, за който те са били хоспитализирани. Болни с обострени хронични заболявания се изписват по предназначение, когато се изясни, че продължаване на интензивното лечение не би довело до по-нататъшно подобрение на състоянието им.

Показания за приемане – групиране на болните според очаквани ефект от интензивното отделение:

Група 1: Критично болни, клинично нестабилни пациенти нуждаещи се от интензивно лечение и мониториране, които не могат да бъдат

осигурени извън отделението за интензивно лечение. Обикновено това включва изкуствена белодробна вентилация, контролирана рехидратация венозна инфузия на вазоактивни медикаменти, кръв и кръвни продукти и др. Тези болни обикновено нямат ограничения за обхвата на терапията, която трябва да получат.

Група 2: Пациенти, изискващи интензивно клинично и апаратно мониториране, потенциално нуждаещи се от незабавна интервенция за ресусцитация. Няма ограничения по отношение на терапията за тези пациенти.

Група 3: Критично болни, с малка вероятност за подобрение поради терминалния стадий на подлежащите заболявания или естеството на тяхното остро заболяване. Тези пациенти могат да получат необходимия обем интензивно лечение за овладяване на острото заболяване, но все пак след внимателна клинична преценка могат да се поставят някои ограничения по отношение терапията (например без интубация или кардиопулмонална ресусцитация).

Наблюдение, контрол и поведение на медицинската сестра при пациенти на монитор.

Пациентите със заболявания на Сърдечно-съдовата система се поставят на монитор за наблюдение на основни жизнени функции. Мониториране се извършва с апарати за наблюдение, контрол и регистриране на някои жизнени функции като:

- Сърдечно-съдова система - честота, пулс, кръвно налягане, ЕКГ, ЦВН, минутен сърдечен обем, пулс за оксиметрия
- Дихателна система: честота, дълбочина и ритъм, минутна вентилация, издишани газове, кръвно-газов анализ (КГА)
- Температура - вътрешна (ендотрахеална и ректална)

Съвременните апарати имат памет, светлинна и звукова аларма, които се включват при дадени параметри.

Видове монитори:

- периодичен - при следоперативен ранен или късен период
- индивидуален мониторинг
- централен - на сестрински пост
- дистанционен – сигнализира на лекаря дори когато не е близо до пациента.

Задължително изискване към апаратите е да имат памет, да имат светлинна и звукова аларма и да се активира при зададени параметри.

Задължение на медицинската сестра при работа с монитори:

- Поддържане на апаратите в изправност и при проблем се уведомява лекар
-Апаратурата в интензивното отделение задължително се включва в ел.мрежата, а с батерии само при пренасяне на пациента. Да има поне 6 контакта до леглото на пациента. При аварии, изгасване на тока апарата се включва на агрегат.
- Апарата се дезинфекцира щателно всеки ден според избрания от клиниката дезинфектант. Щателна дезинфекция на крайниците.
- Крайна дезинфекция на всички приспособления
- При всяко замърсяване (кръв, секрети) кабелите веднага се почистват.
- Кабелите да не са оплетени и да са достатъчно дълги.
- Медицинската сестра трябва правилно да кодира задаваните параметри според указанията на лекаря
- Монитора не освобождава медицинската сестра от активно постоянно наблюдение на пациента
- Монитора първо се включва, второ - проверка, трето - прикрепяне, четвърто - закодиране на параметри.

Сестрински грижи при изследване на артериалното налягане.

Основен фактор за движението на кръвта по кръвоносните съдове е разликата в налягането на кръвта в тях или т.нар. кръвно налягане. Кръвното налягане е налягането, което еластичните кръвоносни съдове

оказват върху кръвния ток. Кръвното налягане в артериите е високо и пулсиращо. По време на систола налягането в сърдечните камери се повишава, а по време на диастола се понижава. Систолното налягане е максималното налягане, достигнато в момента на изтласкване на кръвта от сърцето в аортата. Нормалните стойности при покой са от 100 до 125 mm/Hg. Диастолното налягане е това налягане, което след систола пада до една минимална стойност. Нормално, то е около 60% от стойността на систолното налягане.

Пулсово налягане е разликата между систолното и диастолното на¬лягане, което нормално е между 40-50 mm/Hg. Неговата големина зависи от ударния обем и еластичността на артериалните стени.

Артериалното налягане непрекъснато варира в резултат на различни промени и фактори – минутен обем на сърцето, периферно съпротивление на артериолите, обем на циркулиращата кръв и др. Артериалното налягане може трайно да се повиши при различни заболявания и патологични състояния и тогава се говори за хипертония. Наблюдава се при горна граница на кръвното налягане равно или по-високо от 140 mm/Hg и/или долна граница на кръвното налягане равно или по-високо от 90 mm/Hg, многократно измерено при лица над 18 години при стойности регистрирани при физически и психически покой.

Фактори влияещи на кръвното налягане.

- Възраст – атеросклероза
- Раса – афро-американците развиват по-често високо кръвно налягане отколкото европеидната раса
-Социално-икономически статус – при групи с по-нисък социално-икономически статус
- Фамилна обремененост
- Пол – при мъжете се наблюдава по-често
- Наднормено тегло

- Чувствителност към натрии
- Употреба на алкохол
- Хормонална терапия
- Липса на физическа активност
- Медикаментозно лечение.

Болестно състояние, при което трайно се понижава систолното артериално кръвно налягане при мъжете под 100/60 mm/Hg, а при жените – 95/60 mm/Hg се нарича хипотония. Съществуват следните видове хипотония: професионална, възрастова, при резки промени в атмосферните условия.

Правила за измерване на артериалното налягане.

- Измерването да се извършва с технически изправен апарат
- Пациентът да бъде във физически и психически покой поне 10 мин. преди измерването
- Ръката да бъде в хоризонтално положение на височината на сърцето
- Да се премахнат пристягащи дрехи
- Маншетът да се прикрепва умерено стегнато, така че да не се прекъсва пулсът на артериа брахиалис
- Измерването може да се повтори един или два пъти.

Техника: Маншетът на апарата се поставя на мишницата на ръката, така че да стои на едно хоризонтално равнище със сърцето. Болният може да седи или да лежи, но трябва да бъде спокоен. За отчитане на налягането се използва аускултационния метод на Коротков – посредством помпата се повишава налягането в манометъра, а следователно и в маншетата, достигайки над очакваното максимално налягане. Същевременно със слушалка, поставена в кубиталната ямка, аускултираме. Когато налягането е над систоличното, брахиалната артерия е напълно компримирана, кръв не протича и ухото не чува нищо. При намаляване на налягането идва момент, когато през артерията преминава пулсова вълна и

ухото чува един слаб тон. Величината на живачния стълб, отчетена именно при чуването на този пръв тон, посочва максималното налягане. В този момент налягането в маншета е почти равно (малко по-ниско) от това в артерията, което позволява на стените на артерията да се отлепят и да пропуснат пулсовата вълна. Като продължаваме да намаляваме налягането в маншета чрез изпускане на въздуха от апарата, чуваме засилващи се шумове от протичането на кръвта през стенозираната артерия. После шумовете рязко отслабват и скоро изчезват напълно. Моментът на рязкото отслабване на шумовете показва, че артерията вече не е стеснена и кръвта в нея протича свободно. Височината на живачния стълб в този момент ни дава стойността на минималното или диастоличното налягане.

Артериалното кръвно налягане се изразява в дроб с числител систоличното налягане и знаменател – диастоличното. Съществуват различия относно нормалните стойности на кръвното налягане. Приема се, че нормалните стойности на систоличното кръвно налягане за мъже са 110-140 мм Hg, а за жени – 100-140 мм Hg. Нормалните стойности на диастоличното налягане са 60-90 мм Hg. При някои болни може да има разлика в налягането на лявата и дясната ръка, поради което е добре да се проверява налягането и в двете ръце.

Отклонения на артериалното кръвно налягане от нормата се срещат често. Повишеното кръвно налягане се нарича хипертония. Краткотрайно повишаване на кръвното налягане може да има при физически и душевни напрежения, при остри болки, при бързо изкачване на голяма височина и др. Трайно повишаване на кръвното налягане има при бъбречни заболявания и при хипертонична болест. Намаление на кръвното налягане(хипотония) се среща при сърдечна слабост, загуба на кръв, инфекциозни заболявания и др.

Сестрински грижи при болни с хипертонична криза

Артериалното налягане непрекъснато варира в резултат на раз-лични промени и фактори. Артериалното налягане може трайно да се повиши при различни заболявания и патологични състояния и тогава се говори за хипертония. Наблюдава се при горна граница на кръвното налягане равно или по-високо от 140 mm/Hg и/или долна граница на кръвното налягане равно или по-високо от 90 mm/Hg.

Клиника на хипертонична криза: сърцебиене, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост.

План за сестрински грижи:

- Медицинската сестра трябва да познава и следи за клиничните симптоми на хипертоничната криза
- Да уведоми лекаря при наличие на такива
- Да осигури покой на болния и да следи състоянието му
- Да измери кръвното му налягане и да го проследява през определен интервал от време
- Да следи сърдечната честота и диурезата
- Да регистрира измерените показатели в специален реанимационен лист
- При поява на застрашаващи симптони (хемипарези, сърдечни болки, задух) веднага да уведоми лекаря за предприемане на спешни мерки за овладяване на състоянието
- Да изпълнява точно и навременно лекарски назначения
- Да следи за спазването на диетата и да не нарушава приема на лекарства
- Да предупреди близките да не натоварват допълнително психически болния
- Да провежда здравно-просветна дейност
- Да даде разяснения на болния и близките относно начина му на живот след напускане на болничното заведение с цел профилактика на хипертонични кризи.

Сестрински грижи свързани с изследване на пулса на пациента

Ритмичните колебания на еластичните артериални стени, синхронни с дейността на сърцето се нарича пулс. Пулс има само в артериите! Механизмът на образуване на артериалния пулс е свързан с периодичното изтласкване на определено количество кръв от лява сърдечна камера към аортата. Вследствие на налягането на кръвта върху аортата последната се разтяга. Вълната от повишеното налягане се разпространява към артериолите и капилярите, където пулсовата вълна изчезва. По тази причина кръвта във вените не тече на тласъци и те не пулсират видимо. Изследването на пулса отразява функционалното състояние на сърцето и съдовата система.

Качества на пулса – отличителните качества на пулса, които се определят при неговото изследване са: Честота, Ритъм, Напълненост, Напрегнатост, Големина, Форма на пулсовата вълна.

- Честотата на пулса характеризира честотата на сърдечните съкращения за минута. Пулсовата честота се влияе от различни фактори като: пол, възраст, телесна температура, физическо и психическо усилие. При новородени пулсът е между 130-140 удара в минута, в края на първата година от живота на детето е около 120 удара/мин., а на десетата година е около 80 уд./мин. С израстването на детето, промените в лумена на съдовете и обема на кръвта се променя и пулсовата честота, която постепенно намалява и при двадесет годишните млади хора достига своята нормална стойност от 60-80 удара/мин. При жени пулсовата честота е по-голяма с 6-8 удара от мъжете на същата възраст при еднакви условия.

Отклоненията от приетата за нормална пулсова честота може да бъде физиологична или патологична и се изразява в две направления – учестена сърдечна дейност надвишаваща 90 удара/мин. /тахикардия / и забавена сърдечна дейност под 60 удара/мин. /брадикардия/. При повишаване на телесната температура с 1 градус пулсът се учестява с 5-10 удара/мин.

Учестяването на сърдечната дейност може да настъпи и пристъпно и тогава се нарича пароксизмална тахикардия. Честотата на ударите на сърцето в минута при нея достига до 140-200. Тя настъпва внезапно и спира.

- Ритмичността на пулса зависи от интервала при редуване на пулсовите удари. Когато пулсовите удари се проявяват на равни интервали от време говорим за ритмичен или правилен пулс (pulsus regularis). Когато пулсовите интервали са неправилни се наблюдава неправилен или неритмичен пулс (pulsus irregularis). Отклоняването от правилния ритъм на сърдечната дейност, на която се дължи неритмичния пулс се нарича аритмия (arrhythmia). Когато се установи при изследване на пулса допълнителен, вметнат извънредно пулсов удар аритмията се нарича екстрасистолна, а ударът - екстрасистола. Пациентите усещат екстрасистолите и ги описват като прескачане на сърцето, спиране на сърцето, след което следва по-силен удар. Когато след нормална систола се прояви екстрасистола се говори за бигеминия (bigenimia), а когато екстрасистолите са две – за тригеминия (trigeminia). Екстрасистолията е характерна за някои интоксикации – с дигиталис, с кофеин, с алкохол и никотин и др. При някои заболявания тя настъпва и рефлекторно, например при атеросклероза, артериална хипертония и др. При деца се наблюдава т.нар. дихателна аритмия при която учестяването и забавянето на сърдечната дейност е във връзка с фазите на дишането.
- Напълнеността на пулса се определя от количеството кръв, изпълващо артериите в резултат на ударния обем на лява камера и разпределението на кръвта в кръвното русло. Напълнеността на пулса се преценява чрез палпаторното усещане, което възниква, в лицето изследващо пулса и касае състоянието на напълненост с кръв на артерията между две пулсации. Според напълнеността пулсът бива: пълен пулс и празен пулс.

-Напрегнатостта /обтегнатост/ на пулса се дължи на вътреартериалното налягане. Тя също се изследва и определя палпаторно. Изследването се извършва като се притиска артерията, така че да изчезне пулса на палпираното място. В зависимост от силата приложена за този натиск пулсът се определя като: твърд (pulsus durus), средно твърд и мек пулс (pulsus mollis).При заболявания като хипертония, атеросклероза и др. пулсът се прекъсва само след силен натиск и затова го определяме като твърд.

- Големината на пулса се изследва и определя с цел да се оцени функционалното състояние на сърдечно-съдовата система. При добра напълненост и напрежение пулсът се определя като голям пулс (pulsus magnus). Може да се установи при хипертонична болест, емоционални вълнения, треска, невротични състояния и др. При слаба напълненост и обтегнатост на пулса използваме понятието малък пулс (pulsus parvus). Той се установява при пациенти в колапс, с остра сърдечна слабост, аортна стеноза и др. Лошо напълнен пулс, който едва се усеща като нишка, мек и непълен се нарича филиформен пулс или нишковиден (pulsus filiformis). Характерен е при колапсни и шокови състояния, кръвоизливи и др.

- Формата на пулсовата вълна се определя от скоростта на покачването и спадането й при палпацията на съответната артерия. Когато тези колебания са много бързи , пулсът се определя като стръмен пулс (pulsus celer).Среща се при базедова болест и аортна инсуфициенция. При забавено покачване и спадане на пулсовата вълна, пулсът се определя като полегат пулс (pulsus tardus). Наблюдава се при аортна стеноза и атеросклероза.

В някои случаи пулсът изследван на двете ръце се различава – различен пулс (pulsus differens). Когато не се установи пулс на изследваната артерия, състоянието се нарича липсващ пулс (pulsus nulus). Тези два вида пулс са характерни за различни съдови заболявания,

свързани с проходимостта на артерията, вродени аномалии или патологични процеси.

При здрави артерии, стените им са меки и не се различават от околната тъкан. При напредване на възрастта се проявяват атеросклеротични промени, които водят до надебеляване и уплътняване на тези съдове. Загубва се тяхната еластичност – стават силно нагънати и се повишава тяхната чупливост.

Изследване и регистриране на пулс

Изследването и измерването на пулса се извършват чрез палпация (palpatio). За изследването се използват артерии с достъпно разположение, които могат да бъдат притискани върху твърда подложка /кост/. Това са темпоралните, сънните, брахиалните, радиалните, феморалните артерии, аортата в областта на епигастриума, артериите в зад коленните ямки и на гърба на ходилата. В практиката най-често изследването се извършва на a.radialis. Когато изследването на тази артерия е невъзможно пулсът се измерва на някоя от другите артерии:

- A.carotis – пулсът на сънната артерия се определя след като върховете на пръстите на изследващия се поставят на предната повърхност на шията, встрани от горната част на гръкляна, непосредствено под ъгъла на долната челюст.
- A.temporalis – пулсът на слепоочната артерия се изследва като изследващият поставя пръстите си над предния горен край на ушната мида
- A.brachialis - палпира се в улея, който се намира на вътрешната повърхност на мишницата в горната и трета, непосредствено над лакътната става.
- Aorta abdominalis – пръстите на изследващия притискат аортата към гръбначния стълб в областта на епигастриума
- A.femoralis – изследването се извършва чрез притискане на бедрената артерия в областта на ингвиналната гънка

- A.poplitea- палпира се артерията в зад колянната ямка

- A.tibialis posterior – за изследване на пулса върху задната тибиална артерия натискът се прилага в ямката зад вътрешния глезен

- A.dorsalis pedis – пулсът се палпира на артерията, разположена на гърба на ходилото, по средата на повърхността. Изследването на пулса на тази артерия има съществено значение при заболявания като: болест на Бюргер, диабетна гангрена при които той е отслабен или дори липсва.

Основни правила при измерване на пулса:

- Пациентът да заеме спокойно лежащо или седящо положение

- Да не се измерва и изследва пулс непосредствено след физическо и психическо натоварване

- Медицинската сестра да разясни на пациента процедурата и получи неговото съгласие за измерването

- Изследването и измерването на пулс се извършва два пъти дневно за по една минута /може да се извърши по време на термометрията/

- По назначение на лекар се извършва по-често

- Пулсът се измерва с четирите пръста на ръката

- Върху изследваната артерия се оказва умерен натиск, за да не се прекъсне кръвния ток

- В случаите на особени смущения в сърдечната дейност и съдовете, пулсът се измерва и изследва едновременно на две различни артерии.

Подготовка на медицинската сестра:

В манипулационната стая медицинската сестра проверява и подготвя изправен часовник, червен химикал и температурен лист на пациента

Сестринска техника при измерване и изследване на пулс:

- Медицинската сестра разяснява на пациента предстоящата процедура

- Медицинската сестра подпомага пациента да заеме седнало или легнало положение

- Медицинската сестра си поставя еднократни ръкавици

- Проверява спазени ли са основните правила за измерване на пулс
- Поставя ръката на болния в полупронация /спокойно лежаща, полу обърната с дланта нагоре/
- Медицинската сестра поставя четирите си пръста събрани един до друг на дланната повърхност на лъчевата кост /A.radialis/. Върховете на пръстите се поставят по хода на артерията, която се палпира на около един сантиметър от шиповидния израстък (pr.styloideus) на радиалната кост.
- Ако измерването не може да се извърши на тази артерия, медицинската сестра избира друга, подходяща за изследването
- Измерената стойност на пулса се регистрира графично в температурния лист на пациента, съединяват се с останалите регистрирани резултати, за да се оформи пулсова крива. Ползва се химикал с червено мастило.
- Регистрирането на пулса в сестринското досие може да се извърши графично или цифрово, качествата на пулса, установени при изследването се описват с думи и латински термини
- В случай на установени патологични отклонения медицинската сестра уведомява лекар.

Сестрински грижи при измерване, изследване и регистриране на дишането

Дишането е съвкупност от процеси, в резултат на които се използва кислорода от организма и се отделя въглероден диоксид. Дишането е сложен и непрекъснато протичащ процес на газообмен между околната среда и организма, който осигурява нормалното функциониране на целия организъм. Дишането при висшите животни и човека включва: външно (белодробно) дишане, дифузия на газове в белите дробове, дифузия на газове в тъканите и вътрешно (клетъчно) дишане.

Основната сестринска грижа е именно осигуряване на дишането на организма и произтичащата от тази грижа отговорност за:

- осигуряване на чист и свеж въздух, с достатъчно кислород, без вредни газове и примеси,

- осигуряване и поддържане на проходимостта на дихателните пътища, подпомагане и облекчаване на дишането при патологични състояния

- измерване и изследване на дишането, контрол на патологичните отклонения.

Основни правила при измерване на дишане:

- Пациентът заема спокойно лежащо положение

- Не се измерва и изследва дишане непосредствено след физическо и психическо натоварване

- Медицинската сестра измерва и изследва дишането сутрин и следобед, когато се измерват и пулса и телесната температура

- Изследването и измерването на дишането се извършва два пъти дневно за по една минута (може да се извърши по време на термометрията като се внимава, тъй като дишането е волеви акт и пациента може да си го променя)

- По назначение на лекар се извършва по-често.

Сестринска техника при измерване и изследване на дишане:

- Медицинската сестра подпомага пациента да заеме легнало положение

- Проверява спазени ли са основните правила за измерване на дишане

- Медицинската сестра хваща ръката на болния, както за изследване на пулс, поставя я върху гърдите му и отброява за една минута извършените дихателни движения.

- Броенето се извършва като под едно дихателно движение се разбира едно вдишване и едно издишване

- За определяне на типа на дишането се откриват гърдите и корема на пациента. Желателно е да се извърши на празен стомах.

- Измерването може да се извърши и чрез специална медицинска апаратура при мониторирани болни

- Медицинската сестра регистрира получените резултати в температурния лист на пациента или сестринско досие със син химикал с пунктирана линия или цифрово

- При патологични отклонения в дишането, установени от нея ги вписва в сестринската документация и уведомява лекар

- Изработва и реализира план за сестрински грижи при пациенти с патологично отклонение в дишането.

2.2.Участие на медицинската сестра при провеждане на диагностични изследвания и провеждане на терапевтични процедури при пациенти със Сърдечно- съдови заболявания

Подготовка на болен и извършване на Електрокардиография (ЕКГ)

Медицинската сестра участва активно при планирането и провеждането на изследванията и консултациите, които са назначени от лекаря. Същността на планирането се заключава в определяне на целите за решаване на всеки проблем на пациента, определяне на характера и обема на сестринската намеса, необходима за постигането на поставените цели, определяне на продължителността на сестринската намеса.

Същност – кардиограмата е графично изображение на динамичните промени на биотоковете на сърцето. Бързината на разпространението на възбудната вълна е различно за различни отдели на проводната система на сърцето. ЕКГ е сложна крива, на която се различават 5 върха. Електрокардиограмата се състои от 2 вълни и 3 зъбеца. Бележат се с буквите PQRST, като P и T са вълните, а QRS – зъбците. Вълната P отразява преминаването на възбудния процес през предсърдията, а QRST – през камерите. Разстоянието PQ отразява времето за което възбуждането преминава от предсърдието до камерите.

ЕКГ има важно диагностично значение, но не решава всички диагностични въпроси при заболявания и проблеми на сърцето. При някои заболявания, не се долавят изменения в нея.

Показания - всички заболявания на сърцето, но най-вече при ритъмни и проводни нарушения, инфаркт на миокарда, хипертония, стенокардия, хипоксия.

Противопоказания – няма.

Подготовка на болния: Медицинската сестра попълва фиш за изследването и пациентът се подготвя психически. Спокоен, отпочинал той се поставя в легнало гръбно положение. Когато пациентът е напрегнат, електрическите напрежения на напречно-набразденатa мускулатура, дават малки зъбци на различни разстояния, които се наслагват върху електрокардиограмата. Промени се наблюдават и при изменения в положението на тялото, както и при дълбоко дишане. Пациентът не трябва да има контакт с никакви метални предмети по време на изследването. С цел да се създаде по-добър контакт между кожата и електродите, мястото се навлажнява или се поставя електродна паста. Ако местата са силно окосмени – предварително се избръсват.

Сестринска техника на извършване: На тялото на пациента се поставят електроди, които са свързани с електрокардиографа посредством проводници. Именно електродите долавят електрическите импулси от повърхността на кожата, които импулси се усилват многократно от електронното устройство на електрокардиографа и привеждат писците в действие. Записът се отразява върху движеща се милиметрова хартия със скорост 25-50 mm/sek.

В зависимост от отдалечеността на електродите спрямо сърцето се различават 2 групи отвеждания: периферни и прекордиални /гръдни/.

Периферни, които от своя страна биват биполярни (двуполюсни) и униполярни (еднополюсни).

- Биполярните отразяват потенциалната разлика между:

I - во отвеждане: дясна ръка – лява ръка

II - ро отвеждане: дясна ръка- ляв крак

III - то отвеждане: лява ръка – ляв крак.

- Униполярните :

от дясна ръка – AVR,

от лява ръка – AVL

от ляв крак - AVF.

Електродите за тези отвеждания се поставят както следва: червен – дясна ръка, черен – десен крак, жълт – лява ръка, зелен – ляв крак.

Прекордиални (гръдни). Те са в непосредствена близост до сърцето и отразяват потенциалната разлика (разликата в електрическите потенциали) между сърцето и близкостоящите до него тъкани. Бележат се с V1 – V6, като електродите за тези отвеждания се поставят както следва:

V1 – четвърто междуребрие в дясно на стернума (червен)

V2 – четвърто междуребрие в ляво на стернума, симетрично на V1 (жълт)

V4 – пето междуребрие (под мамилата) т.е. над сърдечния връх (кафяв)

V3 – между V2 и V4 (зелен)

V5 - на същото ниво на V4 на предна аксиларна линия (черен)

V6 - на същото ниво на V4 и V5 , но по средна аксиларна линия – средата на подмишничната ямка (лилав)

Понякога се налага да се регистрират допълнителни гръдни отвеждания:

V7 – на същата хоризонтала на задна аксиларна линия;

V8– на същата хоризонтала на средна аксиларна линия;

V9 – на същата хоризонтала на лявата паравертебрална линия.

Апаратура

- Извършва се с ЕКГ - апарат, предназначен да улавя, усилва и регистрира биотоковете на сърцето.

- Апаратите биват: едноканални и многоканални.

Изисквания при работа с електрокардиограф към помещението:

- да е далеч от активни източници на смущения (физиотерапия, рентгенови или стоматологични отделения), от механични работилници, от улици с трамваи и тролейбуси;

- да е хигиенично, сухо, със заземителен проводник;

- да дава възможност за свързване на ЕКГ-апарата с водопроводна и парна инсталация;

- да е снабдено с широко, удобно легло, което да позволява пълно отпускане на мускулатурата;

- леглото да е разположено до стената, по която да не е прекарана ел.инсталация.

Необходими пособия за извършване на ЕКГ:

- електрокардиограф

Табличка със: памучни тампони, марлени квадратчета, спирт, физиологичен серум, съд с вода, туба със специална паста (гел), индивидуална самобръсначка.

Подготовка на пациента:

- обясняване същността на манипулацията и липсата на риск

- създаване на спокойна обстановка около пациента

- затопляне/охлаждане на функционалния кабинет до 20-22˚С

- изключване на всички електрически уреди в кабинета, които могат да смутят ЕКГ-записа

- заземяване на ЕКГ- апарата

- осъществяване на психически и физически покой на пациента

- разсъбличане на пациента до кръста

- разсъбуване на долните крайници

- настаняване в удобно, спокойно, хоризонтално положение по гръб върху легло (кушетка).

Алгоритъм на техника:

- Медицинската сестра осигурява добър контакт между електродите и кожата на пациента чрез намазване на електродите с гел (вода или физиологичен серум);

- поставя електродите за периферни отвеждания в следния ред:

- червен (aVR) – отвеждане на дясна ръка

- черен (aVR) – отвеждане на десен крак

- жълт (aVL) – отвеждане на лява ръка

- зелен (aVF) – отвеждане на ляв крак

Медицинската сестра поставя електродите за прекордиалните отвеждания – от V1 до V6;

- отбелязва готовата електрокардиограма: името на пациента и възрастта му, скоростта на лентата, отвежданията, дата и час на извършването.

Правила при вземане, изпращане и транспорт на кръв за лабораторни изследвания.

Техника за вземане на кръв за различните видове изследвания

- Попълване на фишовете за изследване правилно и четливо;

- Хигиенно измиване на ръцете;

- Подготовка на необходимите условия;

- Вземане на информирано съгласие от пациента;

- Поставяне на ръкавици;

- Придаване на необходимо положение на пациента – седнал или легнал;

- Вземане на кръв чрез пунктиране на вена според правилата за венозна инжекция;

- Изпращане на взетата кръв за изследване до съответната лаборатория до 2 часа от вземането й;

- Получаване навреме готовия резултат от изследваната кръв;

- Регистриране резултата в съответната учетна форма.

Кръвта е вискозна течност, съставена от течна част – плазма и формени елементи – еритроцити, левкоцити и тромбоцити. Включена е в системата на кръвоносните съдове и е в постоянно движение, благодарение на сърцето достига до всички тъкани и клетки.

Клинично-морфологични показатели на изследваната кръв - хемоглобин; хематокрит; еритроцити; тромбоцити; СУЕ (по Вестергрийн и Панченко); левкоцити; ДКК.

Хемостазен профил на изследване на кръвта - включва изследване на кръв за: време на кървене; време на съсирване; протромбиново време; фибриноген.

Необходими пособия: спирт; памук; есмарх; маска; ръкавици; зелена моновета; игла за моновета; бъбрековидно легенче.

При морфологично изследване на кръвта се търси наличие на клетки в кръвта; включва се ПКК и СУЕ.

Небходими пособия: спирт; памук; есмарх; маска; ръкавици; червена моновета за ПКК; лилава моновета за СУЕ; статив за лилавата моновета; игла за моновета; спринцовка+игла (ако не се използват моновети) левкопласт; назначение; бъбрековидно легенче.

При биохимично изследване на кръвта се прави определяне качественото и количественото наличие на вещества в кръвта (въглехидрати, масти, белтъчини, хормони, минерали, ензими и др.); включва изследване на кръвта за: белтък; кръвна захар; Тимолова проба; урея; креатенин; пикочна киселина; амоняк; билирубин; масти; липопротеини; холестерол; триглицериди; мастни киселини; фосфолипиди; ГПТ (глутаматпуриват-трансаминаза) = АЛАТ (аланин-аминотрансфераза); ГОТ (глутамат-оксалацетат трансаминаза) = АСАТ (аспартат-аминотрансфераза); алкална фосфатаза; кисела фосфатаза; лактатдехидрогеназа; креатенинкина-за; алфа-амилаза; липаза; натрий;

калий; хлориди; калций; неорганичен фосфор; магнезий; желязо; мед; КАС (киселинно-алкално състояние). Кръвта се взема на гладно.

Необходими пособия: спирт; памук; есмарх; маска; ръкавици; бяла и зелена моновета; игла за моновета; спинцовка+игла

– ако не се използва моновета, в химически чисто шише с консервант Heparin, като кръвта трябва да се стича бавно, за да се наблегне на наличието на формени елементи; левкопласт; назначние; бъбрековидно легенче.

Микробиологично изследване на кръвта – цели откриването на пазлични причинители на заболявания, т.е. изследване на кръв за хемокултура и вирусологично изследване.

Хранителната среда може да е соево-казеинова киселина – една за аеробни и една за анаеробни агенти. Може и да е тиогликолатна – само една общо за аеробни и анаеробни агенти. Когато хранителната среда е една са нужни 2 игли – една за вземане на кръвта за изследването и една за въвеждането в средата. При две хранителни среди са нужни 4 игли, използвани със същата цел. Средите трябва да са със стайна температура. Въвежда се количество от 8-10мл от взетата кръв във всяка среда (т.е. по 8-10 мл във всяка), ако работим със 2 среди, а ако работим с една среда – 10мл кръв.

Серологично изследване на кръвта – допълва микробиологичното изследване. Задължително се провежда 2 пъти – 1 път от 1 до 10 ден от заболяването и 2 път от 7 до 10 ден, като се търсят антитела; включва изследване за: AST (антистрептолизинов титър); Видал; Вайнберг; Васерман; Сийн; Токсонлазмоза; Австралийски антиген.

Необходими пособия: спирт; памук; есмарх; маска; ръкавици; бяла моновета; игла за моновета; спринцовка+игла (ако не се използва моновета), в химическо чисто шише; левкопласт; назначение; бъбрековидно легенче.

Места за вземане на кръв

- Лакътните вени – V.mediana cubiti; V.cefalica; V.basilika;
- Вените на предмишницата
- Вените на гърба на китката

Необходими пособия за вземане на венозна кръв:

Епруветки в различен цвят за еднократна употреба от типа затворена система, игли с гумен предпазител, турникет, холдер на винт, ръкавици, спирт, тупфери, ножица, левкопласт, фишове в различен цвят.

Алгоритъм за техника на вземане на кръв от медицинската сестра:

- Попълва правилно фишовете
- Измива и дезинфекцира ръцете си
- Подготвя необходимите пособия
- Надписва епруветките с трите имена на пациента , и.з., стая
- Взема информирано съгласие от пациента
- Поставя си ръкавици
- Придава необходимото положение на пациента – седнал или легнал
- Пристяга ръката на болния с турникет над лакътната става/най-добре над дрехата на болния/
- Взема мерки за доброто напълване на венозния съд/подканя пациента да свива пръстите си в юмрук и леко масажира с ръка в посока от китката към лакътя/
- Определя мястото на венепункцията чрез оглед и палпация
- Дезинфекцира мястото със спирт отдолу-нагоре
- Фиксира вената с върха на палеца и показалеца на лявата ръка чрез леко опъване на кожата над нея (или с циркулярно обхващане под мястото на венепункцията и опъване на кожата)
- Съчленява иглата с холдера и маха предпазителя
- Държи иглата под ъгъл 45 гр. и я въвежда със скосената страна нагоре, пробивайки първо кожата над вената и след това венозната стена

- Придвижва върха на иглата още 5-10 мм напред, за да попадне добре в лумена на вената

- Поставя епруветката в долния край на иглата и навлизането на кръв е белег, че иглата е във вената

- С лявата ръка отпуска бавно турникета

- При напълването на епруветката я изважда и поставя нова

- След приключване на манипулацията изважда иглата с бързо движение по оста на вената

- Мястото на убождането се притиска с памучен тампон напоен със спирт за около 10 мин, за да предпази от кръвоизлив.

- Чрез притискане от страни иглата се освобождава от холдера и се изхвърля в специални контейнери за опасни болнични отпадъци.

Поставяне на периферен венозен източник (абокат)

Определение за абокат – пластмасова канюла за еднократна употреба, която е стерилна и апирогенна, съхранява се на стайна температура и не бива да се използва по-дълго от 24 часа (max 48 - 72 ч.). С него се канюлира само периферен венозен съд. Абокатите са с различна номерация, като най-малкия размер съответства на най-големия цифров номер. При възрастни пациенти без спешен медицински проблем се използва абокат с № 16 G. Когато се предвиждат инфузии в по-голям обем и с по-голяма скорост на подаване, най вече в условията на спешност, е добре да се използва абокат с № 14 G, ако достъпните вени го позволяват. Към венозната канюла се поставя кранче. То е опаковано фабрично и е стерилно. Използва се еднократно. Поддържането на проходимостта на абоката става с промивки с физиологичен разтвор.

Необходими принадлежности; Табличка, бъбрековидно легенче, абокат – поне 2 броя, кранче,спирт, памучни тампони , подложка есмарх, ръкавици, левкопласт, ножичка.

Показания: Да се осигури оводняване и/или балансирано обезводняване при пациенти, които не могат да приемат достатъчен обем течности през устата, парентерално хранене, прилагане на лекарства, хемотрансфузия.

Избор на място за поставяне на абокат.

При избора на място за венепункция трябва да бъдат взети под внимание както размерът на канюлата, така и състоянието на наличните вени. По възможност трябва да бъдат съблюдавани следните основни правила:

- Да се избягват вени на долните крайници
- Да се избягват зоните на сгъване при ставите
- Да се избягват вени в близост до артерии, нерви и по-дълбоко ле¬жащи съдове
- Запазване на подвижността на пациента чрез използване на вени, разположени в по-неактивни зони

Места подходящи за периферен венозен източник;

- Лакътните вени – V.mediana cubiti; V.cefalica; V.basilika;
- Вените на предмишницата
- Вените на гърба на китката

Подготовка за поставяне на интравенозна канюла

Подготовка на пособията:

- Медицинската сестра се уверява, че необходимите пособия са налице (особено ако извършващият манипулацията е сам с пациент).
- Проверка на спринцовката и инфузионните разтвори, които ще бъдат използвани по време на венепункцията преди започване на манипулацията.

Подготовка на пациента:

- Болният получава информация за предстоящата му манипулация и дава своето съгласие.
- Заема удобно легнало положение в леглото
- Получава обяснение за поведението си по време на манипулацията

- Обясняване на пациента, че по време на манипулацията ще усети известна болка от убождането на интарвенозната канюла.

Подготовка на медицинската сестра:

- Подготвя необходимите пособия в табличка
- Осигуряване на добро осветление от страната на пункцията
- Измива и дезинфекцира ръцете
- Поставя си еднократни ръкавици
- Проверява срока на годност на опаковките

Подготовка на мястото за пункцията:

- Почистване на пункционното място и областта около него с антисептично средство.
- Ако се използва алкохол за почистване, трябва да се изчака кожата да изсъхне (от 1-3 мин.).

Начин за поставяне на абоката

- Преди пункцията на вената подгответе внимателно мястото. Проверете дали опаковката не е повредена и дали срокът на годност не е изтекъл.
- Разгънете крилцата. Хванете канюлата с три пръста. Това намалява риска от контаминация при допир на канюлата или свръзката със систе¬мата.
- Хващането с три пръста гарантира също така правилно съотноше¬ние между върха на канюлата и точката на иглата.
- Поставете канюлата във вената. Влизането на върха на иглата във вената се визуализира с навлизането на кръв в канюлата. Потокът кръв се спира чрез запушалката за контрол на потока.
- Канюлата напредва с по няколко милиметра във вената. Избегнете контаминацията при допир чрез поддържане на абоката само за крилцата или за предпазната капачка. Изтеглете частично (около 5мм) иглата, за да избегнете преминаването през задната стена на вената преди напредването на канюлата във вената.

След частичното отстраняване иглата не трябва повече никога да се въвежда обратно, докато канюлата е във вената. Това може да повреди канюлата.

- Изтеглете напълно иглата. Предотвратете изтичането на кръв чрез натискане на вената с пръст на върха на канюлата. Свържете със системата за инфузия или затворете канюлата с капачето.
- Капачето се отстранява, като се придържа между палеца и средния пръст, докато с показалеца се натиска обратно отпред.
- Важна е добрата фиксация за предотвратяване на движението на канюлата, за да не се стигне до механично дразнене.
- Пазете пункционното място. Използвайте или стерилна неоклузивна превръзка като Vasofix, транспарентни превръзки, марлени превръзки, както е показано горе. Убедете се в правилното месторазположение на канюлата чрез инжектирането на около 5 мл. физиологичен серум.

Венозно вливане и перфузионна терапия при пациенти със ССЗ

Вливането (инфузията) представлява въвеждането във венозната система на различни инфузионни разтвори, които не увреждат тъканите, не променят осмотичното налягане на кръвта и бързо се резорбират от организма в количество над 100 мл. за по-продължително време.

- Провежда се предимно с лечебна цел. Вливането на различни разтвори във кръвоносните съдове позволява бързо и ефективно да се въздейства на различни звена, на нарушеното вътретелесно равновесие на организма.
- за поддържане на нормалния обем и състав на телесните течности
- за нормализиране на водно-електролитното равновесие в организма (особено при диабетна ацидоза, алкалоза, кома, бъбречни и чернодробни заболявания)
- за корекция на киселинно-алкалния обмен

- за лечение на нарушените функции на сърцето, белите дробове, пикочоотделителната система, стомашно-чревния тракт и ендокринната система

- за осигуряване на адекватен метаболизъм чрез внос на енергитични, градивни вещества, витамини и др.

Показания

- при неприемане или недостатъчно приемане през устата на храна, вода, електролити

- при големи загуби на вода (дехидратация) и електролити, които не могат да бъдат компенсирани per os

- в предоперативно, периоперативно и постоперативно поддържане на жизнените функции

- при остри нарушение в състава и обема на телесните течности

остри хемодинамични разстройства

- шок

- обилни повръщания и диарии

- при болни с голяма загуба на кръв - различни кръвоизливи,травми, изгаряния

- при тежки отравяния

- при тежки инфекции

- при силно понижение на кръвното налягане от различно естество – шок: травматичен, алергичен, септичен.

Противопоказания – абсолютни не съществуват, но относителни такива са:

- напреднала атеросклероза

- тежка сърдечна и бъбречна недостатъчност

- хипертония

- хеморагична диатеза (предразположеност към кървене)

- оток на мозъка

- декомпенсация

Места за извършване - всички вени, които имат костна плочка; да са разположени повърхностно; да имат достатъчно голям лумен и да се фиксират добре; вените да са далеч от нерви и от големи артерии. Кожата трябва да е гладка и здрава. Такива са:

- Лакътни вени
- Вени на предмишницата (v.cefalica – по посока на палеца, v.basilica – по посока на малкия пръст, v.mediana cubiti – срединната вена)
- Вени на гърба на китката
- Вени на стъпалото

Изискванията към инфузионните разтвори са:

- да са стерилни
- да са приготвени с двойно дестилирана апирогенна вода
- да са със стайна температура
- след отваряне да се употреби веднага, еднократно
- да не действат пряко върху кръвта (хемолиза, съсирване)
- да са в срок на годност

Видове инфузионни разтвори:

Според осмоларитета:

- изотонични – осмотичното налягане е еднакво с това на кръвта, Изотонични солеви – NaCl 0,9 %, Изотонични въглехидратни – Glucose 5 % Изотонични въглехидратни-солеви – Serum Glucosae 5 % - съдържа NaCl 9% + Glucose 5%
- хипотонични - осмотичното налягане е по-малко от това на кръвта, внасят се в минимални количества. Най-често използваният разтвор е дестилираната вода (aqua redestilata). Хипото¬ничните разтвори не се вливат венозно.
- хипертонични - осмотичното налягане е по-голямо от това на кръвта - те се въвеждат в ограничено количество, за да не предиз¬виква плазмолиза.

Такива са Solutio Glucose 10%, 20%, 40%. Когато се въвеждат за по-бързо и качествено резорбиране на всеки 100 мл глюкоза се прави 5-10 единици инсулин. Хипертонични солеви – NaCl - 10%, 25 %, KCl – 15 %, Manitol – 10%, 18%, 25%

Според състава:

- Колоидни (плазмозаместители) – успешно заместват кръвта и плазмата. В прак¬тиката се използват желатинови декстринови разтвори
- Препарати за парентерално хранене – заместване на хранителната функция на кръвта. Показан е при неприемане на храна през последните 7-10 дни и при наличие на недохранване (загуба на над 10% телесна маса). Такива разтвори за парентералното хранене са:
- въглехидратни – глюкоза, левулоза
- белтъчни – които добре се понасят от организма и не кумулират хидролизин, алвезин
- аминокиселинни – аминостерил 10 %
- мастни емулсии – липофундин
- Специални разтвори – това са за перитониална диализа, амонячна интоксикация. Най-често се използва Манитол 10, 18 и 25 %

Видове инфузии според мястото на приложение

- Интра венозни инфузии – най-често използвания, най-удобния и най-ефективният. Извършва се по капковия метод.
- Интраартериални инфузии – прилагат се само под формата на консервативна терапия при артериални смущения на крайниците и при операция на артериалните съдове
- Подкожни инфузии – по-рядко се прилагат; използват се само в гериатрия, и то при случаи на тежка дехидратация, когато не може да се намери венозен съд
- Ректални инфузии – използват се под формата на медикаментозни клизми.

Венозната инфузия се извършва най-често по капковия метод /gutte a gutte/, чрез който се осъществява постепенно усвояване на течността от организма, без да има опасност от претоварване на сърдечно-съдовата система.

Поведение на медицинската сестра при извършване на венозни вливания:

Подготовка на болния.

- Психическа подготовка на болния – медицинската сестра запознава болния със същността на манипулацията и необходимостта от нея.
- Поведение на болния по време на манипулацията – болния е легнал по гръб и спазва указанията давани от медицинската сестра.

Подготовка на необходимите принадлежности.

- Ръкавици, стерилни марли, спирт 70°, памучни тампони, лейкопласт, бинт, подложка, есмархова лента, стерилна игла с остър връх 3-8см. или стерилна канюла, назначената банка с инфузионния разтвор, стерилна система, статив, ножица.

Алгоритъм за стерилно подготвена система.

- Медицинската сестра измива и дезинфекцира ръцете си
- Поставя си ръкавици
- Проверете банката за вид и срок на годност
- Ако банката е стъклена премахнете металната пластинка
- Почистете тапата със спирт 70°С
- При пластмасови банки почистете добре горния край със спиртен тампон
- Вземете стерилна система
- Вземете по-късата тръба и я въведете през тапата на банката
- Обърнете банката с лявата ръка и я повдигнете нагоре
- Фиксирайте с левкопласт късата тръба към банката
- Въведете в банката през тапата дългата тръба на системата, която е с контролна камера и регулатор по средата

- Затворете регулатора на системата
- Обърнете с лявата ръка банката с инфузионен разтвор с дъното нагоре под ъгъл 45°
- Свалете с дясната ръка свободния край на системата по-ниско от банката
- При затворен регулатор, чрез няколко притискания напълнете 2/3 от контролната камера с инфузионен разтвор
- Отворете регулатора на системата, за да се изпълни цялата дължина на тръбичката с инфузионен разтвор /докато потекат няколко капки без наличие на въздушни мехури /
- Поставете стерилна игла към системата. /Ако болният е с абокат, системата се съчленява с абоката/
- Затворете регулатора
- Надпишете банката / име на болния, легло, стая, медикаменти, ако са въведени в нея /
- Окачете банката върху статив, а краят на системата прикрепете към статива.

Техника на изпълнение на венозна инфузия (при леглото на болния)

- Изяснявате същността на манипулацията на пациента и получете информираното му съгласие
- Медицинската сестра измива и дезинфекцира ръцете си
- Поставя си ръкавици
- Болният заема легнало положение
- Под ръката на пациента се поставя подложка
- Пристегнете ръката със есмарх
- Почистваме кожата със спирт – отдолу - нагоре
- Фиксирайте добре вената
- Убодете вената със стерилна игла, по метода на венозна инжекция
- Иглата се въвежда 2/3 от нея
- Освободете есмарха

- Пуснете системата да тече до 30-40 капки в минута
- Фиксирайте иглата с левкопласт
- Ако има мехурче трябва да отиде до гумената струя, спира се кранче-то, изгонва се въздуха и се съединява отново
- Когато махате системата държите с палеца на лявата ръка абоката или иглата и се притиска с памук
- Изхвърлете системата и иглата на определеното за това място
- Опишете и предайте по рапорт пациента за наблюдение.

По време на венозната инфузия медицинската сестра проследява следните соматични показатели: телесна температура, израз на лицето, пулс, артериално кръвно налягане, дишане и диуреза.

Най-честите усложнени при инфузионна терапия са: хиперхидратация, поява на хематом, флебит, тромбофлебит, мастна и въздушна емболия и сепсис.

Перфузионна терапия

В инфузионната терапия често се налага използването на перфузор. Перфузорът е апарат, който позволява бавно и дозирано въвеждане на лекарствени средства, електролитни разтвори и средства за парентерално хранене, в количества до 50мл. По време на работа може да бъде извършвана корекция на дозата на внасяното лекарствено вещество. Има възможност за едновременно прилагане на няколко лекарствени вещества. Перфузорите вървят заедно с 50 мл спринцовка и удължители, които се свързват с абокат (всяко деление отговаря на 1 мл). Затова е необходимо медицинската сестра предварително да е осигурила траен венозен източник, който да е проверен за проходимост.

За въвеждането на железни препарати и натриев нитропрусид се използват черни спринцовки и удължители, тъй като тези препарати не трябва да се излагат на светлина.

Разреждането на медикаментите става с физиологичен серум и винаги се разрежда до 50 мл. Спринцовката задължително се надписва - име на медика¬мента, който ще се влива и дозировката.

След като се свърже удължителя на спринцовката с абоката на пациента, медицинската сестра трябва да зададе с каква скорост да се въвежда лекарственото вещество и за колко време. Перфузора да е в близост до пациента.

Всеки перфузор има алармена система и при проблем, неправилно поставена спринцовка или при завършване на медикамента, перфузора алармира персонала.

По време на въвеждане на медикамента, медицинската сестра трябва да наблюдава болния, да следи външния вид и общото му състояние и при отклонения в тях - да съобщи незабавно на лекар.

След приключване на работа, перфузора трябва да се дезинфекцира, спринцовката и удължителя се изхвърлят.

Необходими принадлежности:

- Перфузор, спринцовка - 50 се, 20 се, 10 сс, система за перфузия, спирт 70°, стерилен памучен тампон, абокат, бъбрековидно легенче, лепенки за фиксиране на абоката.

Начин на извършване:

- Свържи перфузора със захранващата мрежа посредством гъвкав шнур.
- Включете перфузора чрез копчето на съответното положение.
- Медицинската сестра измива и дезинфекцира ръцете си
- Поставя си ръкавици
- Заредете с медикамент спринцовка
- Поставете удължителна система на спринцовката и изгони въздуха.
- Поставете спринцовката с инфузионната система на гнездото на носача, а буталото в гнездо за изтласкване.
- Програмирайте перфузора на желаната скорост на вливане или дебит.

- Стартирайте работата на перфузора.

Изключетеи перфузора от копчето, след сигнализи¬ране

на перфузора /количеството медикамент в спринцовката е свършило/.

Към всеки перфузор, фирмата производител прибавя и подробна инструкция за работа със същия, тя улеснява работата на медицинската сестра, що се касае до настройване на перфузора до положение скорост или дебит на вливане на лекарственото вещество. Всяка фирма за перфузори има различен начин на програмиране и работа.

Планиране на назначените изследвания.

Неинвазивни методи на изследване на сърцето:

Обзорни изследвания

- Rő skopia на сърцето
- Rő graphia на сърцето
- Rő томография - представлява послойно изследване на сърдечните клапи и големите кръвоносни съдове.
- Флуорография - изследване чрез което се откриват безсимптомно протичащи заболявания.
- Rő кимография - дава данни за съкратителната способност на сърцето.
- Ехокардиография - Съвременен метод за безкръвно изследване на сърцето. Доказват се пороци, перикардни изливи, различни миокардиопатии и др. На екран се визуализира ултразвуковото отражение на сърцето, както и да се извърши звукова диагностика (доплер). Няма противопоказания и не изисква специална подготовка на болния.

Rő изследвания с контрастна материя

- Ангиокардиография - рентгеново изследване на сърдечните клапи и коронарни съдове с помощта на контрастна материя. Контрастното вещество се въвежда или през периферен венозен съд или чрез сърдечна катетеризация. Посредством серия снимки се следи преминаването на контрастната материя през различните кухини. Изследването се запланува.

Осигурява се здрав и спокоен сън, вечерта и сутринта преди изследването пациентът приема успокоителни медикаменти според възрастта и назначението на лекаря. Сутринта, в деня на изследването пациентът се контролира от медицинската сестра да не закусва. Подготвя се документацията на пациента, проверява се за извършени проби за чувствителност, подпис за информирано съгласие, други необходими резултати от предварителни параклинични изследвания. Транспортира се с придружител до ангиографски кабинет в легнало положение. По време на извършване на изследването екипът има готовност за борба с евентуално възникнали усложнения – алергичен шок, въздушна емболия, ритъмни нарушения, колапс, шок и др. След приключване на изследването пациентът се връща в стационара и остава на легло най-малко 5-6 часа. Медицинската сестра го предава по рапорт за активно наблюдение на t, P, RR, цвят на лицето, състояние на мястото на пунктиране .

- Ангиография - изследват се само кръвоносните съдове. Може да бъде артериография, венография (изследват се горна и долна празна вена), флебография (изследват се вените на горните и долни крайници), капиляроскопия (следи се броят на капилярните бримки на зрително поле с помощта на капиляроскоп).
- Велоергометрия: Представлява ЕКГ запис при натоварване. Пациентът сяда на велоергометъра. Поставят се електродите за периферните и гръдните отвеждания, както при ЕКГ. Прави се ЕКГ запис в покой и при натоварване чрез въртене на педалите. Следи се RR, дишането на 4 мин. и пулсът на 2 мин. Натоварването се увеличава автоматично от 25-50-75-100 до 150 вата, при което сърдечната дейност се учестява, като не трябва да надвишава определена стойност по таблица в зависимост от пола и възрастта /150-160 удара в мин./.

Инвазивни методи на изследване на сърцето

- Сърдечна катетеризация - ценен съвременен метод, използва се за диагностични и терапевтични цели. Клинично значение:

- дава данни за анатомичните промени на сърцето;

- дава данни за кислородното насищане в отделните сърдечни части, както и за налягането в сърдечните кухини и големите кръвоносни съдове;

- дава възможност за интракардиална ЕКГ и ФКГ;

- дава възможност за извършване на атгиокардиография;

- дава възможност за електростимулация;

- дава информация, която е водеща при определяне необходимостта от оперативно лечение.

Показания - всички сърдечни заболявания, при които се цели да се уточни диагнозата и най вече преди и след оперативно лечение. Изяснява наличието и вида на различни вродени пороци и шънтове (съобщения) между лявото и дясното сърце.

Противопоказания - тежка сърдечна, бъбречна или чернодробна недостатъчност.

Видове:

- Десностранна – катетърът се въвежда по венозен път през кубиталната или феморалната вени. Измерва се налягането и кислородното насищане на кръвта в празните вени, дясното предсърдие и дясната камера.

- Левостранна – катетърът се въвежда по артериален път чрез брахиалната или феморалната артерии. Оглеждат се лявата камера, лявото предсърдие и аортата.

Подготовка: изследването се запланува, извършва се на гладно.

Техника: изследването се извършва в специален кабинет в условия близки до операционната зала. Екипите се състоят от лекар кардиолог, 3 медицински сестри и рентгенов лаборант. Под местна анестезия, се въвежда хепаринизиран катетър в съответната вена или артерия, ходът на който се следи на телевизионен екран. Взима се кръв от различни сърдечни

участъци и веднага се прави оксихемометрия. Работи се при строго спазване правилата на асептика и антисептика и готовност за борба с евентуално възникнали усложнения.

Грижи за пациента след катетеризацията. Пациентът се извежда на лежаща носилка и се настанява на легло. Предава се за активно сестринско наблюдение, като на 2 часа се следи t, P, RR, дишане, цвят на лицето, мястото на пунктирането – за поява на хематом. Ако мястото на пунктиране кърви върху него се поставя пясъчна торбичка, като предварително е направена компресивна превръзка. Медицинската сестра следи за поява на усложнения – побледняване и студени крайници, болка, отток. След десностранна катетеризация ставането е разрешено след 6-тия час, а при левостранна – след 1-2 дни. Конците от пунктираното място се свалят на 4-5 ден. Усложнения – алергичен шок, ритъмни и проводни нарушения, въздушна емболия, тромбоза, пробив на кухина или съд.

2.3. Сестрински грижи в предоперативния период

Времето необходимо за провеждане на изследванията и специфичната подготовка на пациента за предстоящата оперативна интервенция се нарича предоперативен период. Продължителността на предоперативния период зависи от необходимостта за спешна операция, основното хирургическо заболяване и придружаващите го усложнения. Необходимо е медицинската сестра да направи план за сестрински грижи в предоперативния и следоперативния период на болните със ССЗ, на които им предстои оперативна интервенция. Планът за сестрински грижи включва сестринските намеси, които медицинската сестра е необходимо да предприема за решаването на проблемите на конкретния пациент. Сестринските намеси трябва да бъдат: основани на научни принципи, конкретни и ясни, за да може всяка медицинска сестра да изпълни едно или друго действие; реални в пределите на отделеното време и

квалификацията на сестрата; насочени към решаването на конкретен проблем и постигането на поставената цел.

План за сестрински грижи в предоперативния период включва:

- Приемане и настаняване на пациента
- Запознаване на пациента с болничните условия и болничния режим
- Провеждане на разговор за подготовка на пациента и информирането му относно необходимото поведение
- Провеждане на разговор за оценка на емоционалното състояние и информираността на пациента за предстоящата хирургична намеса
- Наблюдение на общото състояние на пациента и информиране на лекаря при необходимост и промяна
- Извършване на физикален преглед от лекуващия лекар и асистиране от страна на медицинската сестра при провеждането му
- Планиране, подготовка и осъществяване на необходимите изследвания назначени от лекуващия лекар, съответстващи на водещото заболяване
- Запознаване на пациента с назначените изследвания, тяхното провеждане и значение, както и извършването на специална подготовка за тях, ако е необходима
- Вземане на кръв за лабораторно изследване на кръвните показатели (ПКК,СУЕ, Биохимични показатели, кръв за определяне на кръвна група и др.) по лекарско назначение
- Наблюдение, отчитане и регистриране на соматичните показатели-температура, пулс, дишане, артериално кръвно налягане, диуреза, дефекация
- При нарушение на телесната температура се извършва измерване на телесната температура и регистриране на стойностите, наблюдение и контрол на отклоненията в общото състояние на пациента – отпадналост, липса на апетит, повръщане, главоболие, провеждане на немедикаментозни мероприятия за понижаване на температурата

- При нарушения на дишането в предоперативния период наблюдение и измерване на дишането, наблюдение на кожата за цианоза, осигуряване на добре проветрено помещение, подпомагане и информиране на пациента за заемане на ортопноично положение, подготовка и участие при извършване на специални изследвания на дихателната система на пациента – ендоскопски, рентгенови, микробиологични и др.

- При нарушения на показателите от страна на сърдечно-съдовата система в предоперативния период наблюдение на общото състояние на пациента, измерване и регистриране на пулс и артериално налягане, осигуряване на двигателен режим, който да облекчава сърдечно-съдовата дейност, подготовка и извършване на ЕКГ и други изследвания по назначение от лекар. Подготовка на пациента за мониториране, и провеждане на разговор за оценка на психоемоционалното състояние на пациента

- При нарушено хранене в предоперативния период е необходимо измерване и проследяване на телесното тегло – индекс на телесна маса, контрол на приетите течности за 24 часа – перорално и парентерално, наблюдение и контрол на храненето – диета, брой хранения, подготовка и провеждане на парентерално хранене, медикаментозно и немедикаментозно лечение при гадене и повръщане

- При нарушение на уринирането и дефекацията в предоперативния период се извършва наблюдение и регистриране на отклоненията в дефекацията и уринирането, събиране и измерване на диурезата и относителното тегло на урината, подготовка и асистиране при катетеризация на пикочен мехур /при жена/, подготовка и извършване на очистителна клизма

- Определяне на кръвна група (извършва се от лекар) и планиране изписването на необходимите кръвни продукти (банки/сакове) за операцията и затоплянето й

- Консултация с анестезиолог, алерголог, стоматолог, кардиолог, интернист и всички назначени от лекуващия лекар консултации

- Подготовка на пациента за предстоящата операция - психоемоционална подкрепа на пациента и близките му

- Хигиенна подготовка - извършване на тоалет, сваляне на грим, лак, накити, протези и подготовка на оперативното поле, ако е необходимо със съдействието на медицинската сестра. Оценка на възможностите на пациента да извършва грижи за личната си хигиена, планиране и извършване на хигиенни грижи преди операцията – обезкосмяване на оперативното поле. Подпомагане на пациента за избор на подходящо облекло, помощ при обличане и събличане

- Спазване на хранителен режим преди операцията- ограничава се приема на храни най-късно 6 часа преди самата операция, както и течности непосредствено преди операцията с цел избягване на риска от повръщане

- Извършване на очистителна клизма според оперативната интервенция

- Премедикация, която се осъществява в леглото на пациента за да се избегнат падания, по лекарско назначение

- Транспортиране на пациента до операционна зала с подготвената документация (в зависимост от предстоящата операция се подготвят и медицински материали и консумативи)

- Оказване на грижи и психоемоционална подкрепа за близките на пациента.

Коронарна ангиография, подготовка на пациента

- Сърдечна катетеризация - ценен съвременен метод, използва се за диагностични и терапевтични цели. Клинично значение:

- дава данни за анатомичните промени на сърцето;

- дава данни за кислородното насищане в отделните сърдечни части, както и за налягането в сърдечните кухини и големите кръвоносни съдове;

- дава възможност за интракардиална ЕКГ и ФКГ;

- дава възможност за извършване на ангиокардиография;
- дава възможност за електростимулация;
- дава информация, която е водеща при определяне необходимостта от оперативно лечение.

Показания - всички сърдечни заболявания, при които се цели да се уточни диагнозата и най вече преди и след оперативно лечение. Изяснява наличието и вида на различни вродени пороци и шънтове между лявото и дясното сърце.

Противопоказания - тежка сърдечна, бъбречна или чернодробна недостатъчност.

Видове:
- Десностранна – катетърът се въвежда по венозен път през кубиталната или феморалната вени. Измерва се налягането и кислородното насищане на кръвта в празните вени, дясното предсърдие и дясната камера.
- Левостранна – катетърът се въвежда по артериален път чрез брахиалната или феморалната артерии. Оглеждат се лявата камера, лявото предсърдие и аортата.

Поведение на медицинската сестра и здравни грижи за пациенти в деня на инвазивно изследване на коронарните съдове.

Подготовка на пациента преди селективна коронарография (СКГ):
-Медицинската сестра прави ЕКГ на пациента сутринта преди изследването.
- Медицинската сестра предупреждава пациента да не приема храна и много течности сутринта преди изследването до момента на неговото извършване.
- Пациента приема сутрешните медикаменти с глътка вода
- Необходимите лабораторни изследвания се вземат до 6.30 часа, а резултатите се издирват активно и предават на лекуващия лекар преди изследването

- Медицинската сестра извършва оглед на хигиенното състояние на пациента. Проверява дали са избръснати ингвиналните гънки и китката на дясната ръка.
- Медицинската сестра проверява за наличността на необходимата медицинска документация.
- При повикване, транспортира пациента на легло до Ангиографско отделение.
- Медицинската сестра предава медицинската документация на пациента на приемащата го медицинска сестра в Ангиографско отделение.

Грижи за пациента след инвазивното изследване.

- Медицинската сестра приема болния и неговата медицинска документация след приключване на инвазивното изследване. Тя се запознава с вида на извършената манипулация, както и със състоянието на пациента по време на и след манипулацията.
- Медицинската сестра транспортира болния на легло до стаята му.
- Медицинската сестра разяснява на болния какъв е последващия му режим. Изрично се забранява на пациента да свива крака си, да сяда или да става при инвазивно изследване извършено през Art. Femoralis!
- Медицинската сестра прави ЕКГ на пациента.
- Медицинската сестра проверява състоянието на стерилната превръзка върху мястото за достъп за инвазивната манипулация. При наличие на накървяване сигнализира незабавно на дежурния лекар.
- Медицинската сестра вписва в сестринската документация вида на инвазивното изследване, часа на приключването му и часа за отстраняване на компресивната превръзка.
- При оплаквания от страна на пациента от какъвто и да било характер, медицинската сестра незабавно уведомява дежурния лекар!

Поведение на медицинската сестра и здравни грижи за пациенти в деня на извършване на инвазивно изследване на коронарните съдове с имплантиране на стент.

Подготовка на пациента преди PTCA:

- Медицинската сестра прави ЕКГ на пациента сутринта преди изследването.
- Медицинската сестра предупреждава пациента да не приема храна и много течности сутринта преди изследването до момента на неговото извършване.
- Пациента приема сутрешните медикаменти с глътка вода
- Необходимите лабораторни изследвания се вземат до 6.30 часа, а резултатите се издирват активно и предават на лекуващия лекар преди изследването
- Медицинската сестра извършва оглед на хигиенното състояние на пациента. Проверява дали са избръснати ингвиналните гънки и китката на дясната ръка.
- Медицинската сестра проверява за наличността на необходимата медицинска документация.
- При повикване, транспортира пациента на легло до Ангиографско отделение.
- Медицинската сестра предава медицинската документация на пациента на приемащата го медицинска сестра в Ангиографско отделение.

Грижи за пациента след инвазивното изследване.

-Медицинската сестра приема болния и неговата медицинска документация след приключване на инвазивното изследване. Тя се запознава с вида на извършената манипулация, както и със състоянието на пациента по време на и след манипулацията.
- Медицинската сестра транспортира болния на легло до стаята му.

- Медицинската сестра разяснява на болния какъв е последващия му режим. Изрично се забранява на пациента да свива крака си, да сяда или да става при инвазивно изследване извършено през Art. Femoralis!
- Медицинската сестра прави ЕКГ на пациента.
- Медицинската сестра планува лабораторно изследване / по преценка на дежурния лекар/на:
- APTT – 4 часа след манипулацията по преценка на лек. лекар ;
- биохимичен анализ / ензими/ на кръвта – 6 часа след манипулацията.
- Медицинската сестра проверява състоянието на стерилната превръзка върху мястото за достъп за инвазивната манипулация. При наличие на накървяване, сигнализира незабавно на дежурния лекар.
- Медицинската сестра вписва в сестринската документация вида на инвазивното изследване, часа на приключването му и часа за отстраняване на артериалното дезиле.

Подготовка и поведение на медицинската сестра при отстраняване на артериално дезиле.

Индикации: Пациенти, претърпяли PTCA – планово или по спешност.

Медицинската сестра подготвя всички необходими принадлежности за извършване на манипулацията:
- Латексови ръкавици – 2 комплекта
- Бъбрековидно легенче
- Спринцовка 10 cc – 2 бр.
- Игла – 2 бр.
- Lidocain 1% - 1 amp
-Стерилни марли
- Еластичен бинт – ширина – 10 sm, дължина – 5 m.
- Дезинфекционен разтвор – Braunol
- Bivacyn – spray

- Opsite – 1 бр.
- Инфузионна система – 1 бр
- NaCl 0.9% - 500 ml.
- NaCl 0.9% - 10 ml – 1 amp.
- Atropini Sulfas – 1 amp.
- Апарат за RR и стетоскоп

Алгоритъм:

- Хигиенна дезинфекция на ръцете на медицинската сестра
- Медицинската сестра поставя латексови ръкавици
- Медицинската сестра подава латексови ръкавици на дежурния лекар
- Медицинската сестра отстранява стерилната превръзка от дезилето
- Медицинската сестра асистира на лекаря при почистване на мястото на манипулацията с Braunol
- Медицинската сестра внимателно отваря стерилните марли и ги подава на лекаря
- Медицинската сестра отваря спринцовката 10 сс, иглата и ампулата Lidokain за поставянето на локална анестезия
- Лекарят аспирира необходимото количество Lidokain за поставянето на локална анестезия.
- Медицинската сестра подава бъбрековидното легенче, в което лекаря поставя отстраненото дезиле
- Медицинската сестра следи основните жизнени показатели, докато лекакря притиска артерията, през която е извършен достъпа за PTCA
- Медицинската сестра обработва мястото на манипулацията с Bivacyn – spray.
- Медицинската сестра поставя Opsite на мястото на манипулацията
- Медицинската сестра асистира на лекаря при извършване на компресивна превръзка на мястото на манипулацията

-Медицинската сестра записва в сестринската документация часа на сваляне на дезилето и часа на сваляна на компресивната превръзка

- Медицинската сестра изхвърля в местата за биологични отпадъци дезилето, марлята, спринцовката и иглата.

- Медицинската сестра наблюдава мястото на манипулацията за накървяване и при наличието на такова своевременно уведомява дежурния лекар.

Поведение на медицинската сестра при предоперативна подготовка на пациенти в деня преди сърдечна операция.

В деня на сърдечната операция медицинската сестра проверява дали пациента е попълнил и подписал информирано съгласие за оперативно лечение и обща анестезия. Проверява и приготвя предопераивната документация (ИЗ, реанимационен лист, нова ЕКГ, последните лабораторни изследвания) да са на разположение в сестринската стая. Дискът от сърдечната катетеризация да е оставен в сърдечна операционна.

Сутринта на пациента се взема кръв, която се изпраща в Кръвен център за изработване на съвместимост и се заявяват необходимите количества кръв и кръвни продукти.

Проверява дали пациента е осигурил необходимите тоалетни принадлежности, прибори за хранене, минерална вода и еластични бинтове.

Пациентът да е гладко избръснат или епилиран от брадичката да глезените. За АКБ – гърди, корем, полова област, ръце, предмишница с аксиларна област и крака. За клапно протезиране – краката може да не се бръснат. Проверката за избръсването на пациента се извършва преди хигиенната баня с антисептичен разтвор.

Пациентът закусва и обядва пълноценно, а на вечеря приема лека храна. При диабетно болните се полага кисело мляко в 22 часа. Пациентът се консултира с анестезиолог и неговите назначения се спазват стриктно от

дежурната сестра. Очистителна клизма в 20 часа. Сестрата осигурява спокоен сън на болния. Ако той е напрегнат се уведомява дежурния лекар и се предприемат необходимите мерки.

Поведение на медицинската сестра и здравни грижи при предоперативна подготовка на пациенти в деня на сърдечната операция.

Техника на изпълнение:

- Душ с антисептичен разтвор в 6 часа сутринта; обличане на чиста пижама без долно бельо.
- Назначените кръвни изследвания се вземат до 6:30 часа; активно се търсят резултатите, които трябва да се получат преди влизането на пациента в операционна.
- 12 – канално ЕКГ в 7.30 часа.
- Сутринта преди операцията пациента приема назначените перорални медикаменти с глътка вода.
- Пациенти на лечение с Heparin получават определената доза до 24 часа, след което перфузията се преустановява. На сутринта задължително се изследва аРТТ.
- Пациенти с диабет получават определената доза Insulin вечерта преди операцията. На сутринта Insulin не се апликира. В 6.30 се изследва кръвна захар.
- Личните вещи се предават на дежурната сестра по опис. Премедикацията на пациента се извършва в точно определения час. След нея не се допуска ставането на болния от леглото по никакъв повод! До влизането в операционната е желателно да не се извършват никакви манипулации и изследвания. При извикване, пациента се поставя на лежаща количка и се транспортира до операционния блок от медицинската сестра.
- Медицинската сестра предава медицинската документация на пациента на анестезиологичната сестра, приемаща болния.

При промяна в състоянието на пациента или при поява на стенокардна болка през нощта или в деня на операцията незабавно се уведомява дежурния лекар!

Аорто-коронарен байпас

Класическата операция изисква екстракорпорално кръвообръщение, хипотермия, кардиоплегия и хемодилуция, но все повече се използват операциите на биещо сърце и ендоскопските техники.

Използват се автогенни венозни и артериални кондуити. Артериалните графтове имат по- дълготрайна проходимост. Лявата артерия маммария се използва за байпас на лявата предна десцендентна артерия (ЛАД). Използват се и дясна а. мамария, гастроепиплоичната артерия и, долната епигастрална артерия, както и присадки от а. радиалис. При тежки атеросклиротични промени се използва ендартеректомия.

Най-голяма полза от аорто-коронарен байпас имат болни с тежка стенокардия и намалена помпена функция, жени, пациенти над 75 г. и диабетици.

Доводи в полза аорто-коронарен байпас:

- по-пълна реваскуларизация
- отлично повлияване на симптоматиката
- по-малко антиангинозни лекарства
- по-малко хоспитализации
- по-малко допълнителни реваскуларизации
- вероятно по- добра преживяемост при многоклонова болест

Доводи против аорто-коронарен байпас:

- по-дълъг възстановителен период
- по-дълъг първоначален болничен престой.

2.4. Сестрински грижи в следоперативния период

Основната цел на следоперативния период е профилактика и лечение на болковия синдром, провеждане на инфузионна терапия, адекватно хранене, грижи за оперативната рана, при необходимост борба с инфекцията.

В следоперативния период се наблюдават два стадия.

- Първият стадии включва първите 2-3 денонощия, когато болният усеща болка в областта на оперативната рана, няма апетит, телесната температура е леко повишена, може да има нарушение в уринирането.
- Вторият стадии продължава от 3 до 20 денонощия и се характеризира със зарастване на оперативната рана и възстановяване на всички нарушени функции.

План за сестрински грижи в следоперативния период.

Чрез изработването на план за сестрински грижи при тези болни се развиват умения за клинично мислене и оценка на рискови ситуации, както и възможностите за вземане на адекватни решения. Отразяват се специфичността при подготовката и изпълнението на назначените изследвания, лекарствената терапия, превръзки и сестрински грижи.

Планът за сестрински грижи в следоперативния период включва:

- Приемане на пациента от операционна зала и настаняването му в реанимационно отделение, интензивен сектор или болнична стая. Осигуряване на затоплено хирургично легло и проветрена стая. Превенция на риска за разпространението на инфекции – провеждане на дезинфекция и спазване на правилата за асептика и антисептика. Поставяне на главата на пациента на една страна, без възглавница, за да не аспирира стомашно съдържимо при повръщане. Подготвят се бъбрековидно легенче, марлички и компрес.
- Мониторно наблюдение на пациента
- Наблюдение на общото състояние на пациента

- Наблюдение и грижа за дренажната система, катетри, сонди и др. Сестрата следи за правилното отвеждане на дренажната система, количеството и цвета на отделения ексудат и документира в реанимационния лист

- Изпълнява назначената инфузионна терапия, документира количеството на вливаните инфузионни разтвори в реанимационния/температурен лист.

- Наблюдава и измерва функционалните показатели / на всеки 15 минути и по назначение на лекар/ и регистрирането им в документацията – пулс, кръвно налягане, дихателна честота, телесна температура, оксигенация на кръвта, диуреза, дефекация.

- Наблюдение на дишането - определя се характера на дишането, осигуряване на добре проветрено помещение, подготовка и провеждане на кислородотерапия по лекарско назначение, подготовка и участие при поставяне на пациент на апаратна вентилация. Подготовка на пациента и участие на медицинската сестра при извършване на хипербарна оксигенация.

- Наблюдение на показателите от страна на сърдечно-съдовата система в следоперативния период – тахикардия, задух, отоци на крайниците, наблюдение и измерване на пулс и артериално налягане, подготовка на пациента при извършване на специалните изследвания на сърдечно-съдовата система – ехокардиография, ЕКГ и др.

- Наблюдение и грижи за страничните ефекти и следоперативни усложнения – гадене, повръщане, обструкция на дихателните пътища, хипо или хипертония, ритъмни нарушения, водно-електролитни нарушения, нарушения на алкално-киселинното равновесие, нарушение на кръвосъсирването, следоперативна възбуда, хипотермията.

- Борба с болката - прилагане на опиоидни и неопиоидни медикаменти по лекарско назначение. Използване на аналогова и номерирана скала - медицинската сестра прилага различни видове скали за оценка на

интензивността на болката. Наблюдение и контрол на странични отклонения на системите от наличие на болката. Информиране на лекаря при задълбочаване на болката и промяна в общото състояние на пациента

- При нарушение на телесната температура се извършва измерване на телесната температура и регистриране на стойностите, наблюдение и контрол на отклоненията в общото състояние на пациента – отпадналост, липса на апетит, повръщане, главоболие, провеждане на немедикаментозни мероприятия за понижаване на температурата – студени компреси, лед

- Наблюдение на диурезата и грижа за уретралния катетър. В този период са възможни нарушения на уриниране-дизурия, ретенция на урината, хематурия

- Наблюдение на дефекацията. Поставяне на газова тръба при метеоризъм.

- Хигиенни грижи и тоалети. Оценка на риска от декубитус и извършване на тоалет против декубитус

- Борба с инфекцията – стриктно спазване на назначената антибиотична терапия след отчетена проба за чувствителност към назначения медикамент

- Провеждане на назначената антикоагулантна терапия – Хепарин, Фраксипарин, Синтром. Профилактика на белодробна тромбоемболия

- Грижи за двигателната активност на пациента и започване на ранно раздвижване. Наблюдение и оценка на двигателната активност на пациента. Участие в рехабилитационните мероприятия за подобряване на физическата активност на пациента. Осигуряване на помощ при ставане, движение, обличане и съблича не. Осигуряване на помощ и подкрепа за пациенти със затруднения в движението

- Грижи за оперативната рана - наблюдава се раната и околните тъкани за хиперемия, инфилтрати и секреция. Сестрата следи активно оперативното поле за кървене!

- Обучение на пациента относно настъпващите промени в следоперативния период

- Комуникация с пациента - провеждане на ефективна комуникация. Пациентът се изписва информиран и обучен за грижите в дома

- Обучение и психологическа подкрепа на пациента при изписване от стационара – сестрата подкрепя пациента и съдейства за изготвянето на необходимата документация

- Общуване и подкрепа на близките и семейството.

ГЛАВА III. Цел, задачи, материал и методи на проучването

3.1. Цели на изследването

Да се проучи съществуващата организация на сестринските грижи в болничните структури и медико-социалните проблеми при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, като се разработи подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, приоритетно ориентиран към оптимизиране на съвременната организация на здравните грижи.

3.2 Задачи на изследването

1. Анализ и медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ, Софиямед" – гр. София.
2. Проучване на начина на живот на пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ „Софиямед" – гр. София .
3. Изследване и анализиране на основните рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.
4. Проучване на начина на живот при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.
5. Анализиране, контрол и оценка на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания на съществуващата организация на здравните грижи в болнични условия за тези пациенти.
6. Разработване на подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания и механизъм за организиране и реализация.

7. Провеждане на експертна оценка на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

3.3. Материали и методика на проучването

Обект на проучването са здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Предмет на изследването са организацията на работата и оптимизирането на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Техническа единица на наблюдението: УМБАЛ „Лозенец" – гр. София, Клиника по Кардиология и отделение по инвазивна диагностика и терапия, УМБАЛ „Софиямед' – гр. София, Клиника по Кардиология и инвазивна кардиология.

Логическа единица на изследването:

- пациенти със Сърдечно-съдови заболявания постъпили за лечение в Клиники по Кардиология в УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ „Софиямед' – гр. София
- медицински сестри от Клиники по Кардиология в УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и КК на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София

Признаци на наблюдение на логическите единици:

- признаци, свързани с диагнозата Сърдечно-съдови заболявания и придружаващи заболявания
- признаци, свързани с медико-социалната характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания
- признаци, свързани с начина на живот на пациенти със ССЗ
- признаци, свързани с основните рискови фактори при пациенти със ССЗ
- признаци, свързани с оптимизиране на здравните грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

- признаци, свързани с характеристиките на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Характер и обем на проучването

В проучването са включени пациенти, приети за лечение в КК на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и КК на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София, които са изразили писменото си съгласие за участие в проучването. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите.

Общият обем на респондентите е 700 от които:

- 650 пациенти от Клиниките по Кардиология
- Общият брой на анкетираните медицински сестри е 50

В проучването са включени медицински сестри, извършващи грижи за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания:

- 20 медицински сестри от УМБАЛ „Лозенец"
- 20 медицински сестри от УМБАЛ „Софиямед'
-10 медицински сестри – експерти – 5 от УМБАЛ „Лозенец" и 5 от УМБАЛ „Софиямед". За експертната оценка са включени старши медицински сестри и медицински сестри с дългогодишна практика в спешно отделение, отделение по инвазивна диагностика и терапия и стационар.

Място и време на проучването

Мястото на проучване е Клиниката по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и Клиниката по Кардиология на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София. Проучването е проведено в периода – 2018-2021 година.

3.4. Методи на проучването

Документален метод – медицинска документация, сестринска документация и всички медицински документи, които съдържат информация за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

- Социологически метод : анкетно проучване на пациенти и анкетно проучване на медицински сестри. Разработени са анкетни карти, които съдържат предимно закрити въпроси с възможност за избор на формулиран отговор, както и възможност за изразяване на коментар. /Приложения 10 броя/

- Статистически метод – Обработката и анализът на данните са извършени със статистически пакет SPSS V 19.0. Резултатите са представени като средни стойности ± стандартно отклонение.

За сравнение на променливите е използван Т-тест на Стюдънт (Student's t-tests) и едномерен вариационен анализ. За статистически значимо е приемано $p<0.05$. Проведен е и корелационен анализ между различни показатели.

- Графичен анализ – за таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft Excel 2010

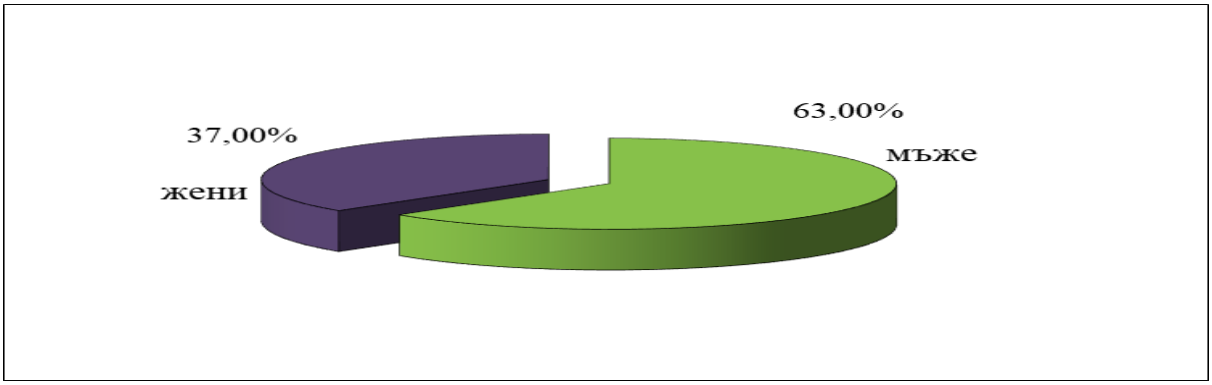
- Експертна оценка – извършване на експертна оценка на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

ГЛАВА IV: Резултати от проучването

4.1. Медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдови заболявания са сред основните причини за заболеваемост и смъртност на населението в съвременните страни. Социално значимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Промените в начина на живот, разнообразните рискови фактори (тютюнопушенето, заседналия начин на живот, стреса, консумация на нездравословна храна) рязко променят честотата и повишават смъртността сред големи групи хора. За да се причисли дадена болест като социално значима, тя трябва да е отговаря на следните белези: висока смъртност и заболеваемост сред популациите, която очертава неблагоприятна динамика; обхваща големи части от населението в трудоспособна възраст; да заема висок дял от структурата от причините за смъртността сред населението; да заема висок дял от разходите за лечение и рехабилитация; да налага наличието на специализирана медицинска помощ; да изисква комплексна терапия и да се прилага високотехнологична апаратура; да носи високи социални, икономически и психологически вреди на населението; да ангажира различни обществени фондове и социалната служба вследствие на продължителната нетрудоспособност и инвалидизация.

Фиг. № 1 **Разпределение на пациентите по пол**

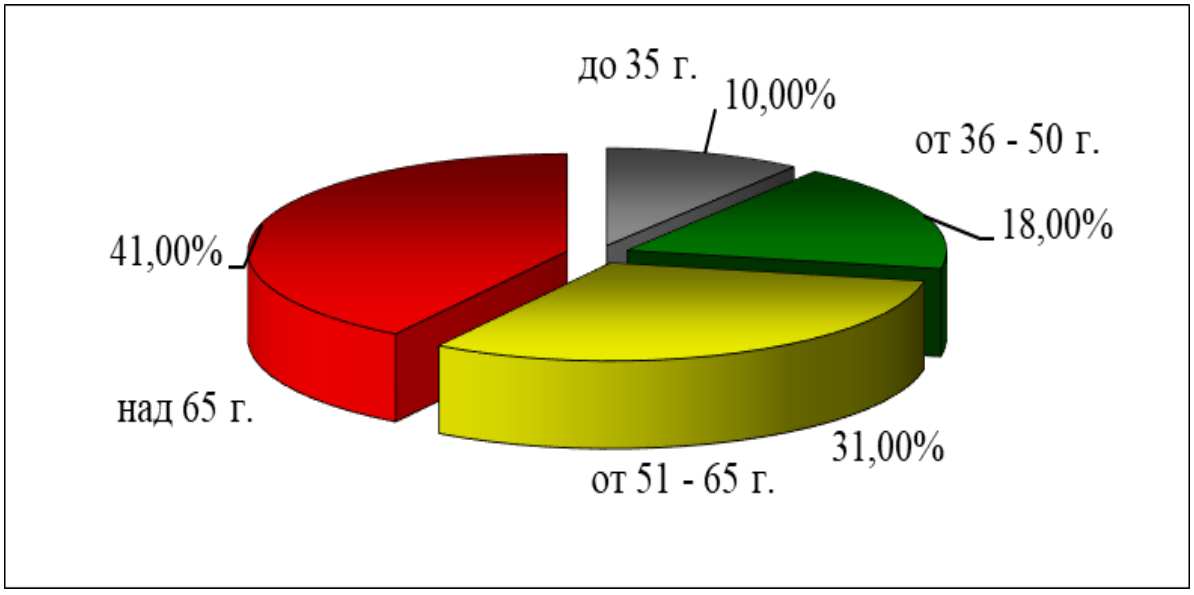


От проведеното анонимно анкетно проучване става ясно, че 63,00% от постъпилите за лечение в Клиника по кардиология са мъже, а 37,00% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете са със Сърдечно-съдови заболявания. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяването.

Проведения корелационен анализ показва, че не съществува статистически значима зависимост между пола и диагнозата (p> 0,0001).

Различният пол на пациентите изисква спазването на правата на пациента, както и запазване на неговата автономност. Това предполага съобразителност от страна на медицинските сестри и осигуряване на необходимия психологически комфорт при настаняване на пациентите.

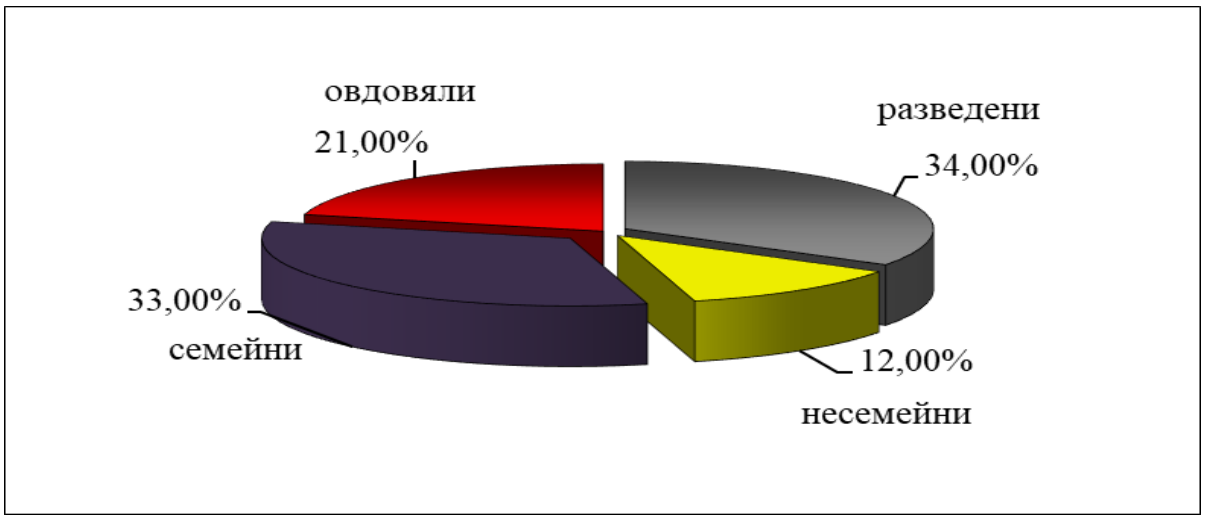
Фиг. № 2 **Разпределение на пациентите по възраст**



От анализа на данните става ясно, че пациентите до 35 годишна възраст са 10,00 % от анкетираните, което е негативна тенденция през

последните години. Най-възрастния пациент е 90 годишен. От 36 до 50 г. респондентите са 18,00 %, от 51 до 65 г. са 31,00 %. Най-голям е относителния дял на пациентите над 65 г. Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората на възраст над 65 години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и тяхното здравословно състояние. Възрастовите промени са важен и съществен фактор при редица заболявания и преди всичко при Сърдечно-съдовите. Увреждането на сърцето и кръвоносната система водят до редица патологични промени, за които решаващо значение има и начина на живот.

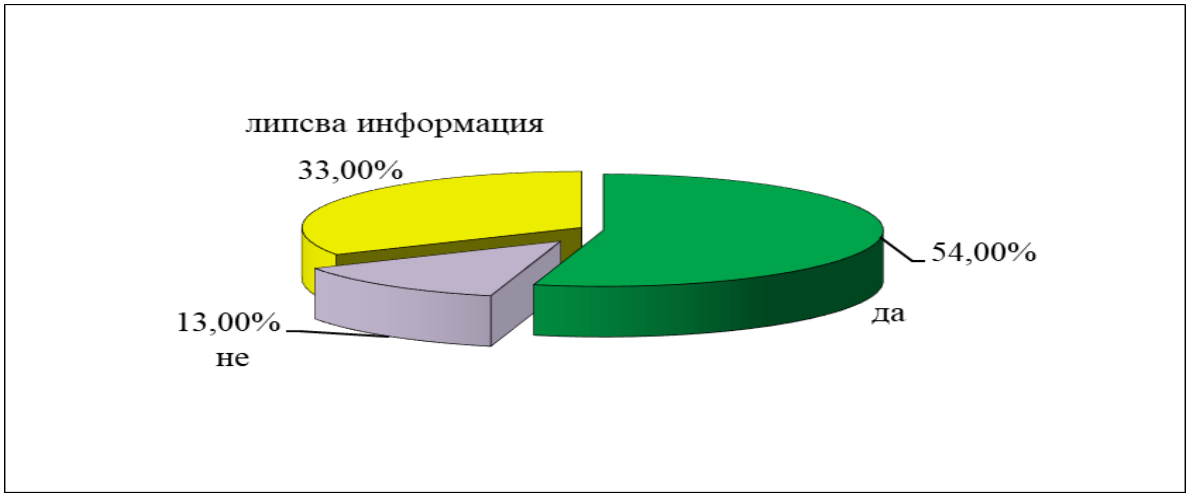
Фиг. № 3 **Семейно положение на анкетираните пациенти**



Семейни са 33,00% от анкетираните пациенти, останали без партньор са 21,00% - след смърт на близкия, 34,00% след развод и несемейни са 12,00%. Тези данни показват, че основно проблеми от сърдечно-съдов характер имат хората в семейно положение и разведените. Семейните хора имат сериозни отговорности и задължения, а сърдечно-съдовите заболявания променят значително начина на живот на хората. Раздялата с

брачния партньор определено е стресова ситуация при хората, което се отразява негативно на психическото и физическо здраве.

Фиг. № 4 **Информираност на анкетираните лица относно наследствени Сърдечно – съдови заболявания**

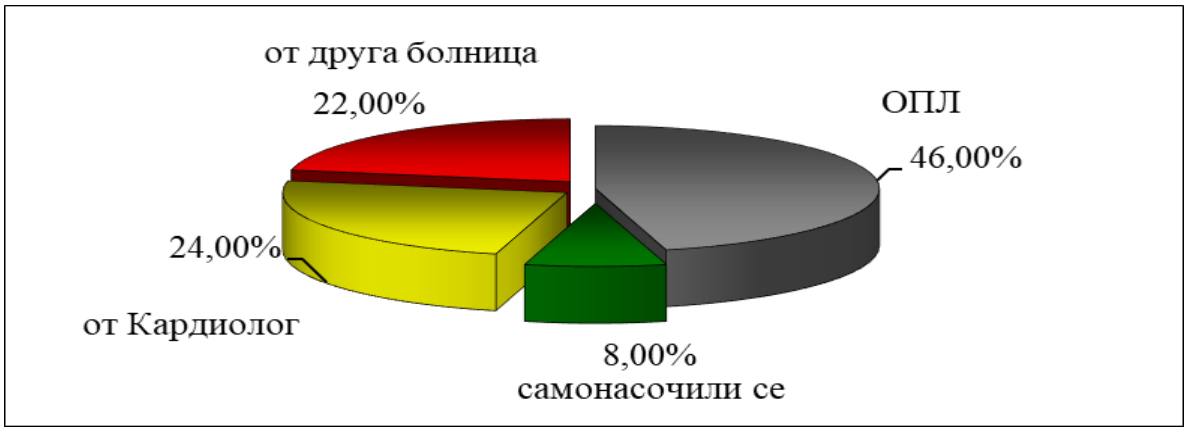


54,00% от анкетираните лица съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители и роднини. Много Сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат унаследени. Голяма част от предразполагащите гени са предразполагащи за развитието на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. При 13,00% от анкетираните лица липсва информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството. 33,00% от респондентите нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова.

Тези резултати показват, че по-голямата част от пациентите със сърдечно-съдови заболявания са израснали в среда, в която са наблюдавали болните си близки и това трябва да ги стимулира за по-здравословен начин на живот. В семейство, в което има човек със сърдечно-съдово заболяване е необходимо всички да бъдат информирани по отношение на рисковете и усложненията. Семейната среда и близките на пациента са водещи за изграждане на мотивация при спазване на здравословен начин на живот и предпазване от възможните усложнения.

ССЗ са многофакторни състояния и е важно всички детерминанти, отговорни за тяхното развитие, да бъдат повлияни, както на обществено, така и на индивидуално ниво. Честотата на ССЗ се увеличава през последните години и е голям социален проблем.

Фиг. № 5 **Насочване на пациентите за хоспитализация**

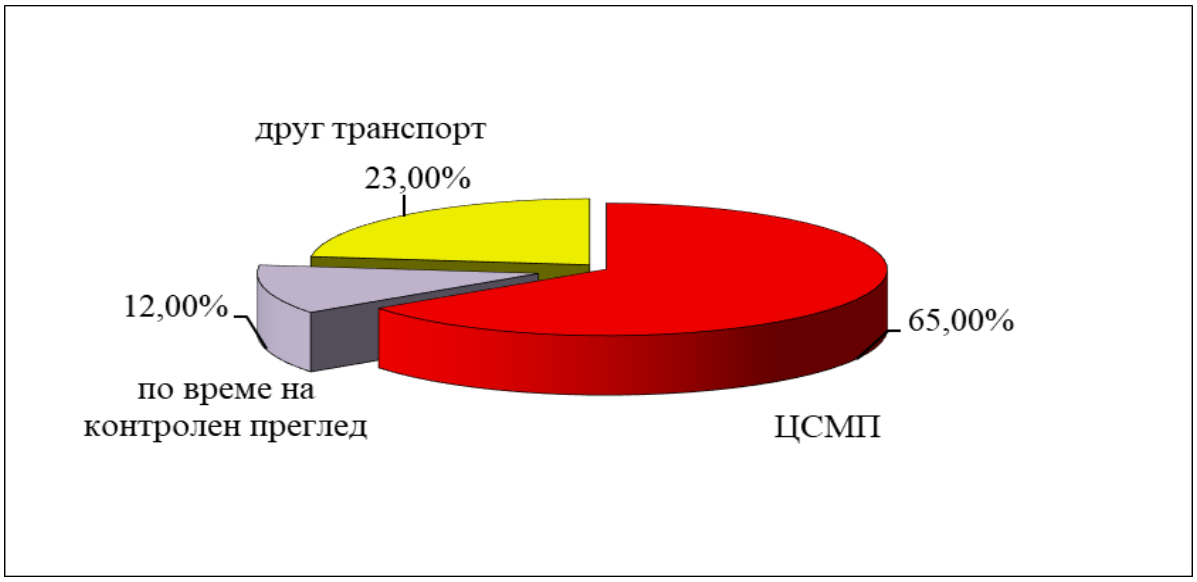


Резултатите показват, че най-голям брой пациенти са насочени от общопрактикуващ лекар - 46,00 %, приети след постъпването им в друго болнични заведение - 22,00 %, а от Кардиолог – 24,00 %. Самонасочилите се пациенти са 8,00 %. Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общопрактикуващия лекар или към лекар – специалист. Това показва, че първоначалното насочване на пациентите за хоспитализация не се свързва с водещата диагноза, което води до неефективно използване на ресурсите в здравеопазването и до забавяне и оскъпяване на лечението. Това от своя страна води до удължаване на престоя на пациентите в болнично заведение, усложнения и по-дълъг възстановителен период.

Затрудненията при поставянето на диагнозите при сърдечно-съдовите заболявания изискват от една страна повишаване на квалификацията на медицинските специалисти, но от друга страна се налага повишаване на здравната култура на населението относно рисковите фактори и водещите характерни симптоми на заболяването.

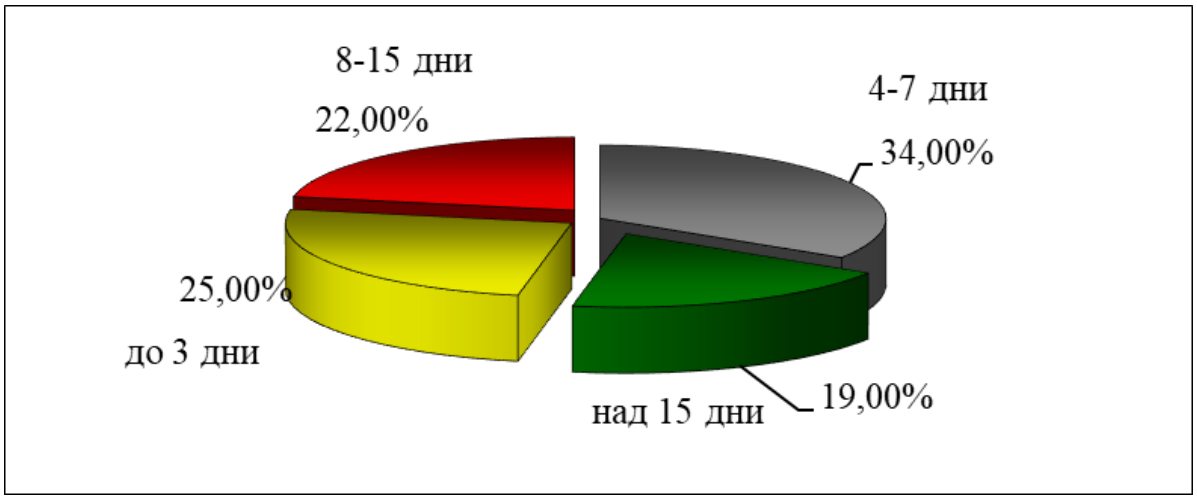
Насочването на пациентите към определените болнични структури и тяхното транспортиране е сериозен проблем, който през годините претърпя различно развитие. Клиничните пътеки са въведени като форма на стандартно поведение за да се регламентира правилния достъп на всеки пациент до болнична помощ.

Фиг. № 6 **Начин на транспортиране на пациентите до болнично заведение**



Основният начин, по който пациентите са транспортирани до болничните заведения е чрез Център за спешна медицинска помощ – 65,00 %. Значително по-малко са тези, които са използвали собствен транспорт - 23,00 %, и най-малко - 12,00 % са пациентите насочени за хоспитализация по време на проведен контролен преглед. През последните години с подобряване организацията и структурата на ЦСМП, както и проведената реформа в звеното води до значително подобряване на комуникацията между лечебните заведения и ЦСМП. Това от своя страна увеличава доверието на пациентите и води до скъсяване на времето за хоспитализация на пациентите.

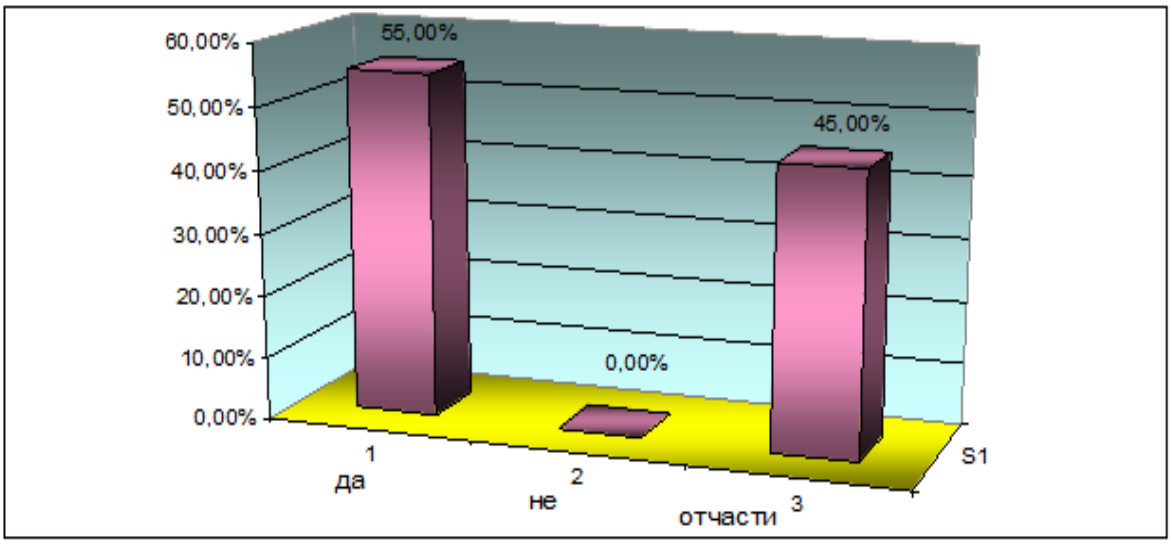
Фиг. № 7 **Разпределение на пациентите според престоя им в Клиника по Кардиология**



Престоят на пациентите по клинична пътека е регламентиран от НЗОК. Само 25,00% от включените в проучването пациенти са престояли в КК до 3 дни. От 4 до 7 дни – 34,00 %, от 8 до 15 дни – 22,00 %. Най малък е престоят на пациентите над петнадесет дни – 19,00 %.

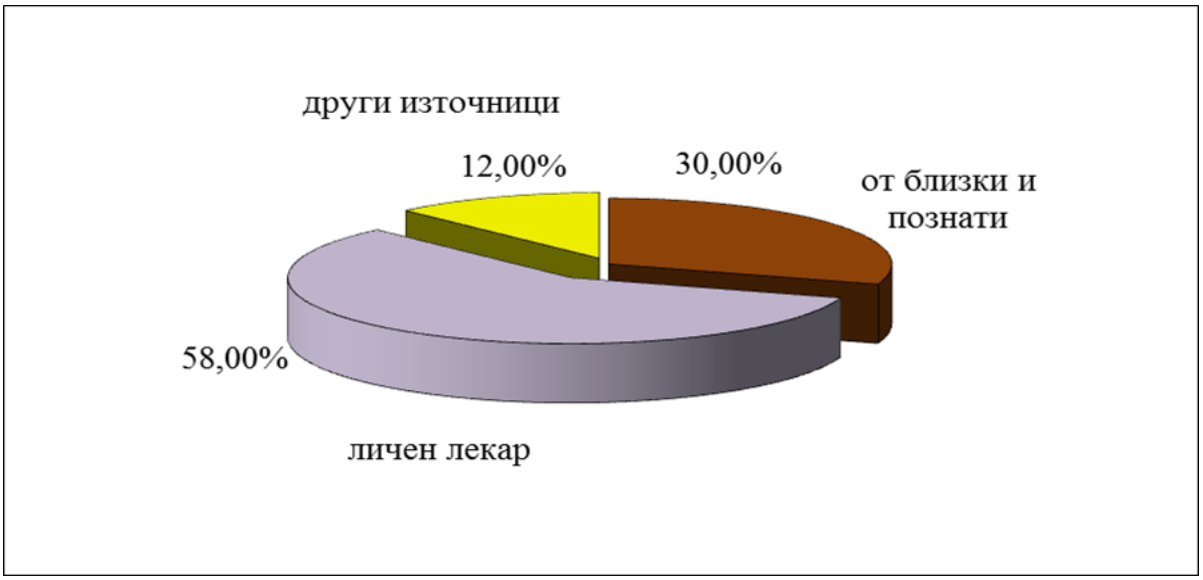
Необходимо е да се подхожда изключително индивидуално към всеки един пациент за да може да се постигнат желаните резултати от лечението. Сърдечно-съдовите заболявания се лекуват успешно през последните години благодарение на въведените високо специализирани методи и технологии за лечение. Грижите за тези пациенти трябва да отговарят на индивидуалните потребности на всеки един пациент. Тези резултати показват успешното прилагане на съвременните медицински постижения и ефективността на специализираните медицински грижи, положени за тези пациенти от високо квалифицирани специалисти. Тези грижи изискват непрекъснато повишаване на квалификацията на медицинските специалисти.

Фиг. № 8 **Информираност на пациентите относно ССЗ**



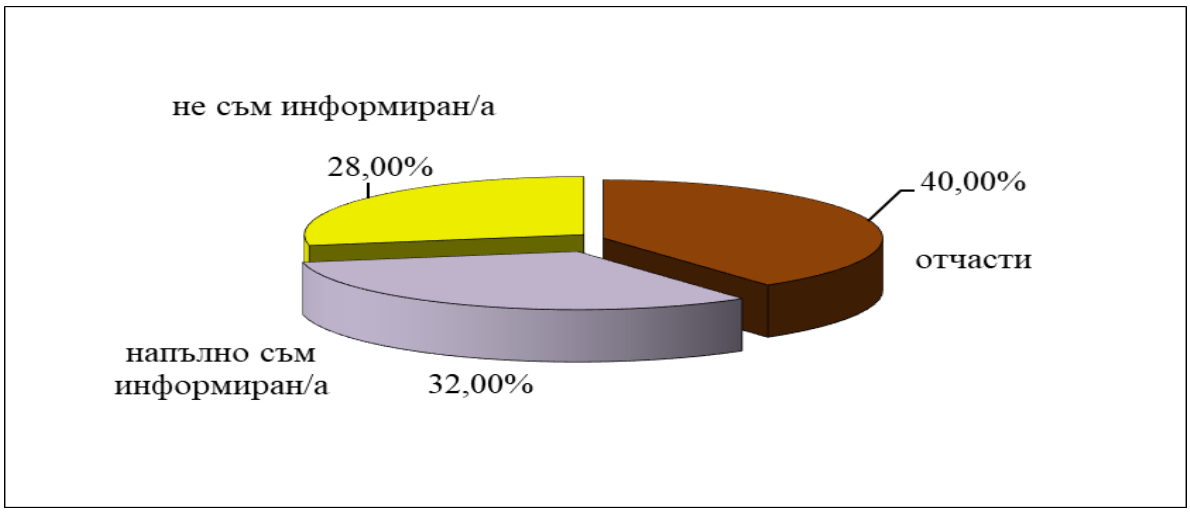
Сърдечно-съдовите заболявания имат голямо медико-социално значение за цялото общество. Населението има достъп до широк кръг от информация относно медико-социалната значимост на този бич като заболяване на съвременното общество. Повече от половината анкетирани пациенти - 55,00 % са запознати и информирани относно рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Отрицателни отговори на този въпрос няма. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.

Фиг. № 9 **Начин за информираност на пациентите със ССЗ**



Видно е от получените резултати, че най-голяма е частта от пациенти получили информация от своя личен лекар – 58,00 %. Личните лекари са първичното и най-важно звено за проследяване на състоянието на пациенти със сърдечно-съдови заболявания, което води до ранното диагностициране на тези заболявания и тяхната навременна намеса за терапевтично или насочване към стационарно лечение намалява значително рисковете от последващи усложнения. 30,00 % от анкетираните получават информация от свои близки и познати, като тази информация може да бъде заблуждаваща за пациента, което от своя страна води до забавяне на диагностицирането. Едва 12,00 % - използват други източници за информация (медии, интернет).

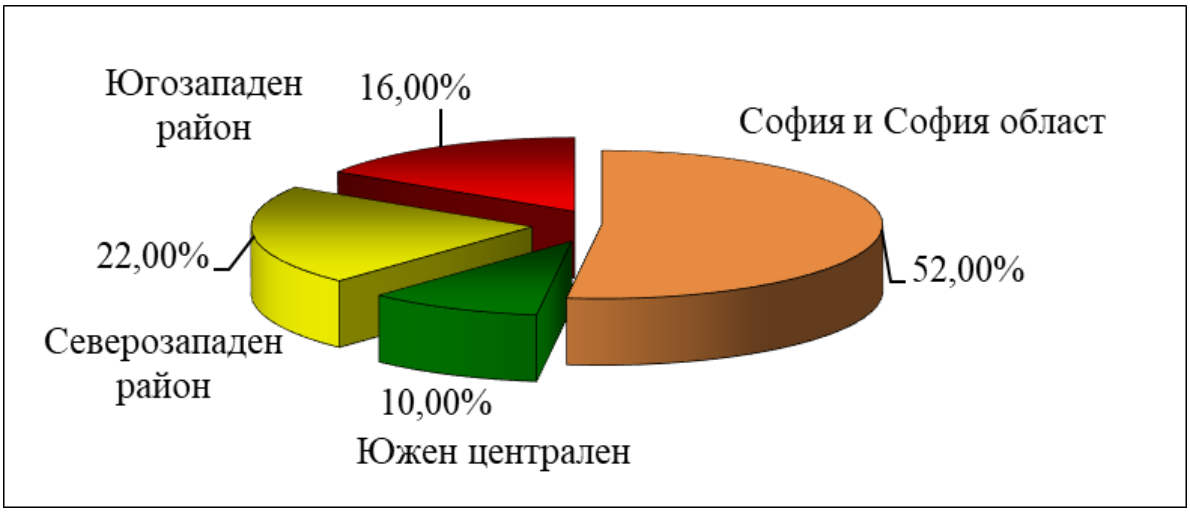
Фиг. № 10 **Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията от ССЗ**



28,00 % от анкетираните пациенти посочват, че им липсва информация по отношение на рисковете и усложненията, които могат да възникнат в резултат на съществуващо ССЗ. Положителен отговор на този въпрос са посочили 32,00 % от анкетираните, а 40,00 % - са „отчасти“ информирани. Тези резултати определено показват необходимостта от информираност за да бъдат пациентите по-подробно и обстойно информирани по отношение на рисковете и усложненията, които могат да

настъпят от ССЗ. Липсата на информираност и забавянето на диагностицирането на това заболяване води до необратими в по-късен етап рискове и усложнения. Благодарение на добрата информираност на пациентите могат да се получат значително подобряване на резултатите от навременното диагностициране и лечение, както и подобряване качеството им на живот.

Фиг. № 11 **Разпределение на анкетираните пациенти по райони в изследваните болнични заведения**



Най-голям е броят на анкетираните пациенти от гр. София и София област – 52,00 %. Това са по-голямата част пациентите в болниците, в които е направено проучването. От Северозападен район са 22,00 %, от Югозападен район - 16,00 %, и най-малък е относителният дял - 10,00 % от Южен централен район.

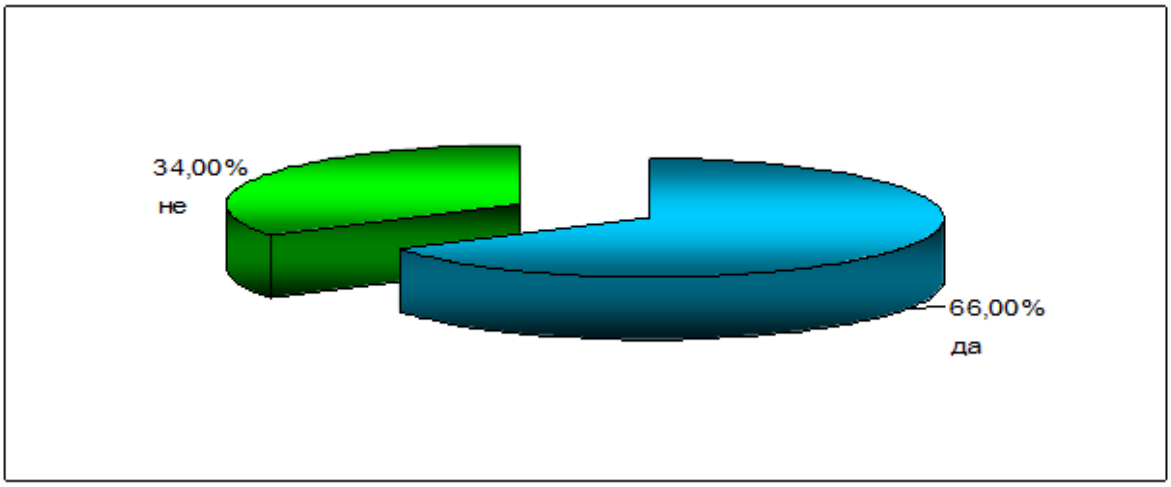
Спешното транспортиране на пациентите със ССЗ, и териториалното разположение е един от основните фактори за ефективното им лечение. Това определя до голяма степен и контингента от пациенти, които са постъпили в болничните заведения. Насочването на пациентите към определените болнични структури и тяхното транспортиране е сериозен проблем, който през годините претърпя положително развитие. Клиничните пътеки са въведени като форма на стандартно поведение за да

се регламентира правилния достъп на всеки пациент до болнична помощ. Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общопрактикуващия лекар или към лекар – специалист.

4.2. Начин на живот на пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Начинът на живот и условията на живот обхващат редица социално определени поведенчески модели и интерпретации на социалните ситуации, които се развиват и практикуват от групата като механизъм за справяне с живота. Начин на живот е понятие, свързано предимно със социални структури, определени от класови, етнически, религиозни, професионални и други принадлежности. Начинът на живот се определя от норми, които обединяват дадена социална група, която е свързана с материално-битовите условия (жилищна площ, комфорт на жилището, среден месечен доход), изповядвана религия, традиции, трудова и обществена дейност, социални контакти. Основните критерии за наличие на здравословен стил на живот са: здравната активност: към усвояване на здравни знания и умения; към системен контрол на собственото здравно състояние; антирисково поведение - отсъствие на вредни навици; самопомощ и взаимопомощ (овладяване на основни умения за оказване на първа медицинска помощ); воля за преодоляване на вредни навици у себе си и околните; съблюдаване при нужда на диетично хранене; психологическа нагласа за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето.

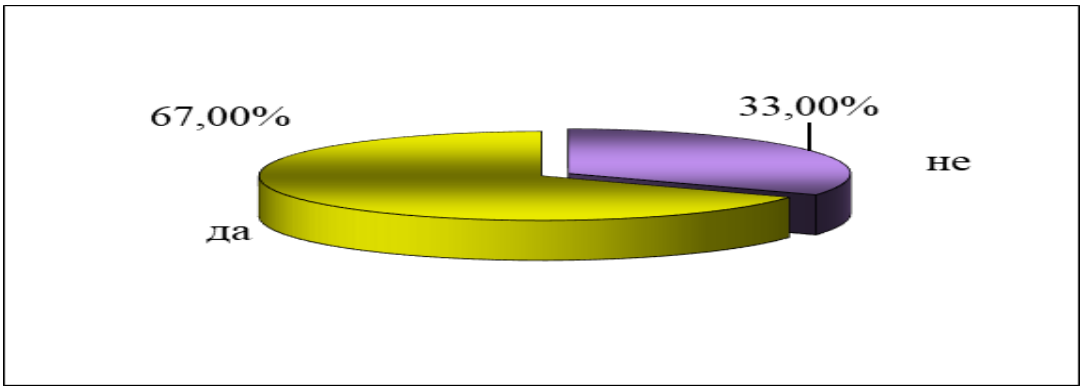
Фиг. № 12 **Проследяване на артериалното кръвно налягане**



Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 34,00% от анкетираните пациенти, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух. Високото кръвно налягане увреждa кръвоносните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулти, болест на сърцето, бъбречна недостатъчност и инфаркт. Причината, поради която високото кръвно налягане е от такава важност е, че обикновено не предизвиква симптоми, но все пак може да доведе до сериозни усложнения. Ето защо едно от важните условия в живота на пациенти със сърдечно-съдови заболявания е да проследяват редовно неговите стойности. Една от водещите задачи при лечението на сърдечно-съдовите заболявания е контролирането на артериалното налягане, поради което в редица държави се води строга статистика и проучвания на тази тема.

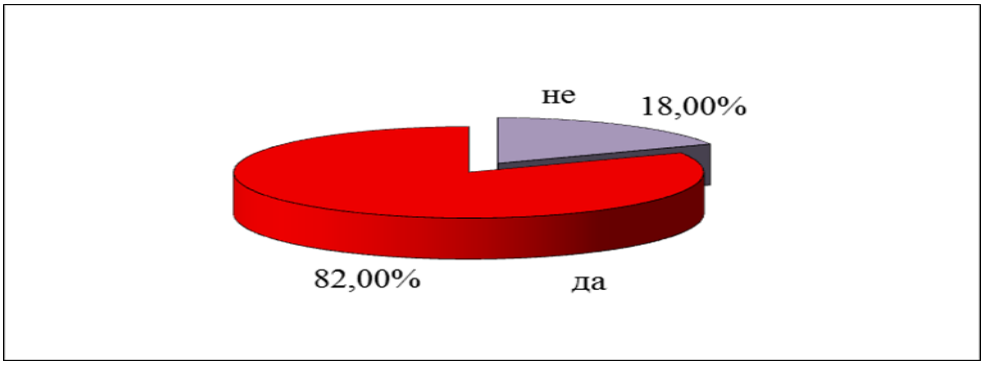
При липса на адекватни грижи и лечение, високото кръвно налягане може да доведе до сериозни усложнения - болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата.

Фиг. № 13 **Разпределение на пациентите с артериална хипертония**



Получените резултати показват, че около 2/3 от анкетираните пациенти са с поставена диагноза артериална хипертония. Само при 1/3 от тях не е открита артериална хипертония. Отклонения на артериалното кръвно налягане от нормата се срещат често. Повишеното кръвно налягане се нарича хипертония. Краткотрайно повишаване на кръвното налягане може да има при физически и душевни напрежения, при остри болки, при бързо изкачване на голяма височина и др. В зависимост от етиологията на артериалната хипертония тя се разделя на първична или есенциална хипертония /хипертонична болест/, при която причината за повишението на артериалното налягане не е установена и вторична или симптоматична хипертония, при която повишението на артериалното налягане се държи на друго съществуващо заболяване.

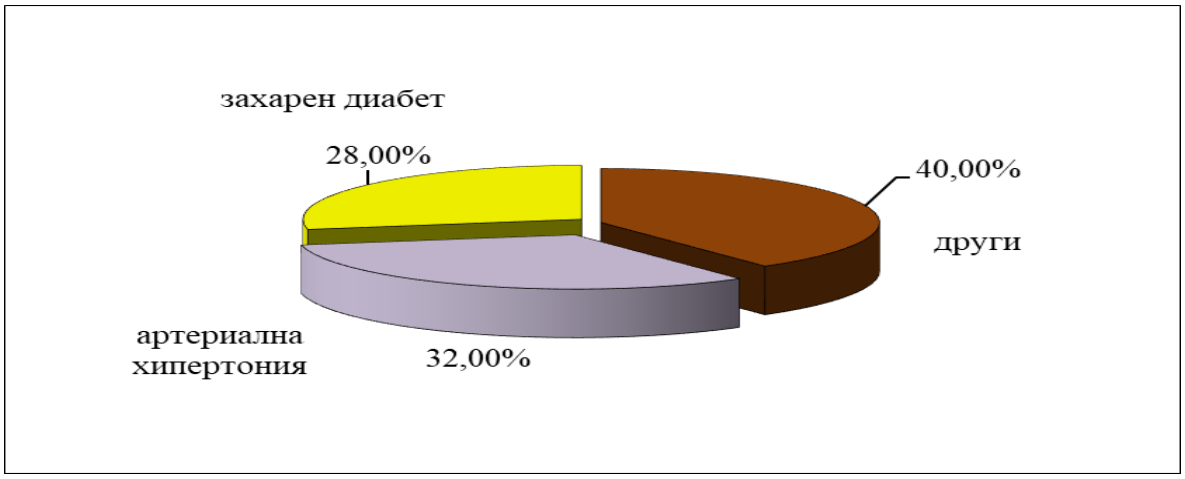
Фиг. № 14 **Разпределение на пациентите преживели хипертонична криза**



Хипертоничната криза е клиничен синдром на рязко и често внезапно покачване стойностите на артериалното налягане над обичайните поддържани стойности за съответния пациент. Обикновено стойности над 200-220 за систолно и 100-120 за диастолно се приемат за патологични. Хипертоничната криза възниква най-често в ранните сутрешни часове – обичайно между 5.00 и 10.00 ч. По-често е при пациенти, подложени на психоемоционален стрес, след груби диетични грешки, често с прием на солени храни и туршии, свръхконсумация на алкохол. Криза възниква и при самоволно преустановяване на редовния прием на назначената антихипертензивна терапия.

По-голямата част от анкетираните пациенти 82,00 % посочват, че са преживяли хипертонична криза, а по-малко от 1/4 от анкетираните отговарят отрицателно на този въпрос. Малка част от анкетираните лица съобщават за поява на определени клинични прояви, като сърцебиене, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост, преди получаване на хипертоничната криза. Нерядко хипертонията е наричана "тихият убиец", тъй като може да съществува години наред без видими симптоми и без страдащият да знае за нея. Пациентите със сърдечно-съдови заболявания освен, че трябва да са добре обучени за да измерват и проследяват артериалното си налягане ежедневно, те трябва да са информирани по отношение на тяхното поведение при хипертонична криза.

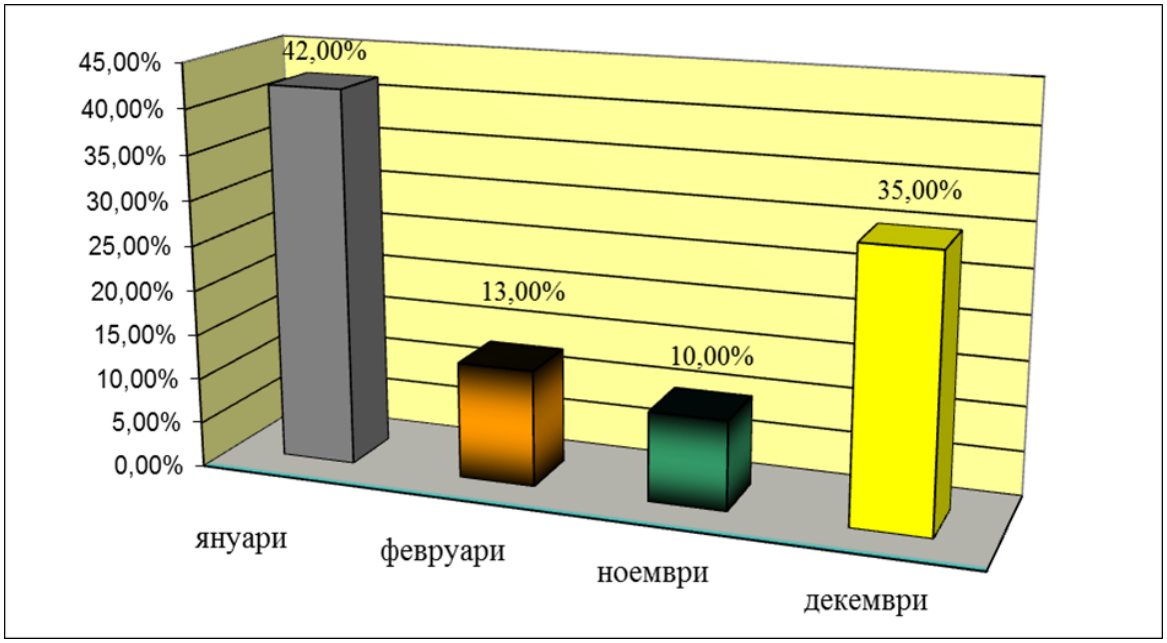
Фиг. № 15 **Придружаващо заболяване**



Получените данни показват, че 28,00 % от анкетираните пациенти имат поставена диагноза захарен диабет, а 32,00 % – имат доказана хипертонична болест. Това са хронични заболявания, които изискват непрекъснато лекарско наблюдение, както и спазването на точно определен режим. Начинът на живот, ограничаването на рисковите фактори и храненето са водещи в грижите за тези пациенти. 40,00 % съобщават за други придружаващи заболявания.

Фиг. № 16 **Разпределение на пациентите според месеца, през който**

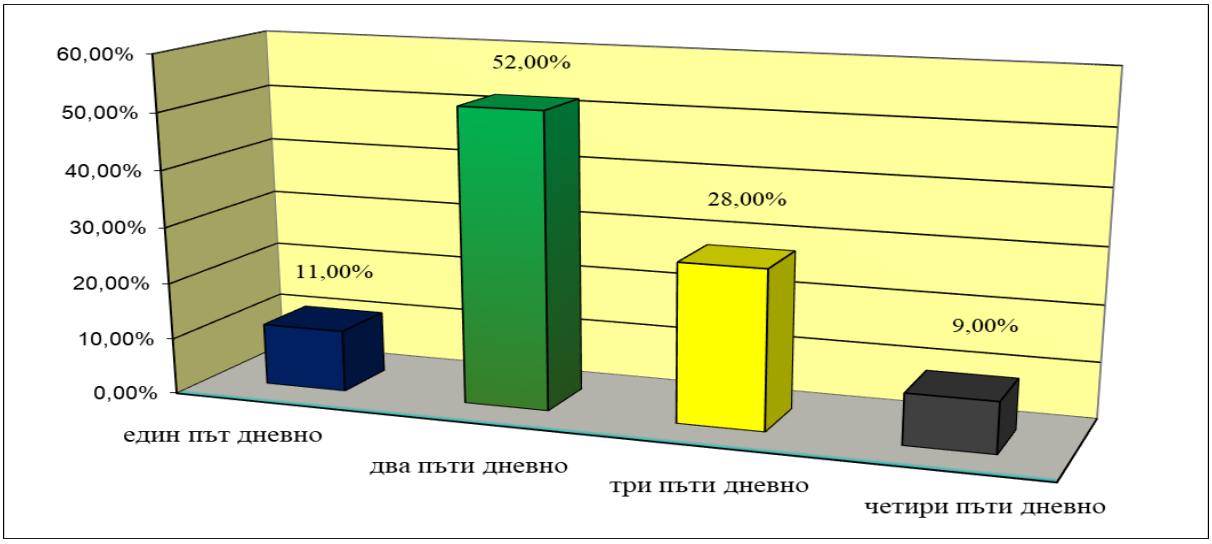
е получен сърдечен пристъп



Пациентите посочват, че най-често са получавали сърдечен пристъп през четири месеца в годината – януари, февруари, ноември и декември. Прави впечатление, че това са месеците през зимния сезон, когато температурите са ниски, а атмосферното налягане е високо. С най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 42,00 %, следвани от тези – през декември – 35,00 %, на трето място се нарежда месец февруари – 13,00 % и на четвърто място е месец ноември -10,00 %. Пациентите имат усещане за дискомфорт в гърдите. Едни от първите симптоми на сърдечния пристъп са болката или дискомфортът в гърдите. Те са съсредоточени обикновено в средата на гръдния кош и са достатъчно продължителни - до няколко минути. Дискомфортът се определя като стягане в гърдите и невъзможност да вдишат пълноценно. Други симптоми са пълзяща болка, виене на свят, болка в ръцете, задух.

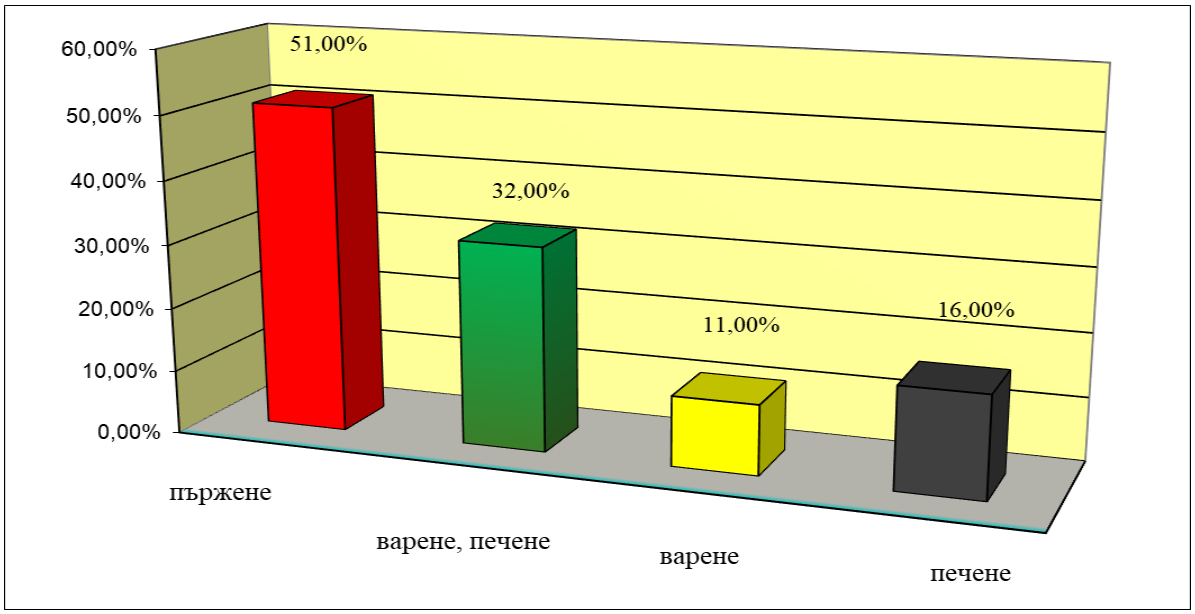
Влиянието на сезоните при пациентите със ССЗ има изключително голямо значение, което налага същите да спазват определен режим и да се съобразяват със сезоните периоди и температурните промени.

Фиг. № 17 **Режим на хранене на пациентите със ССЗ**



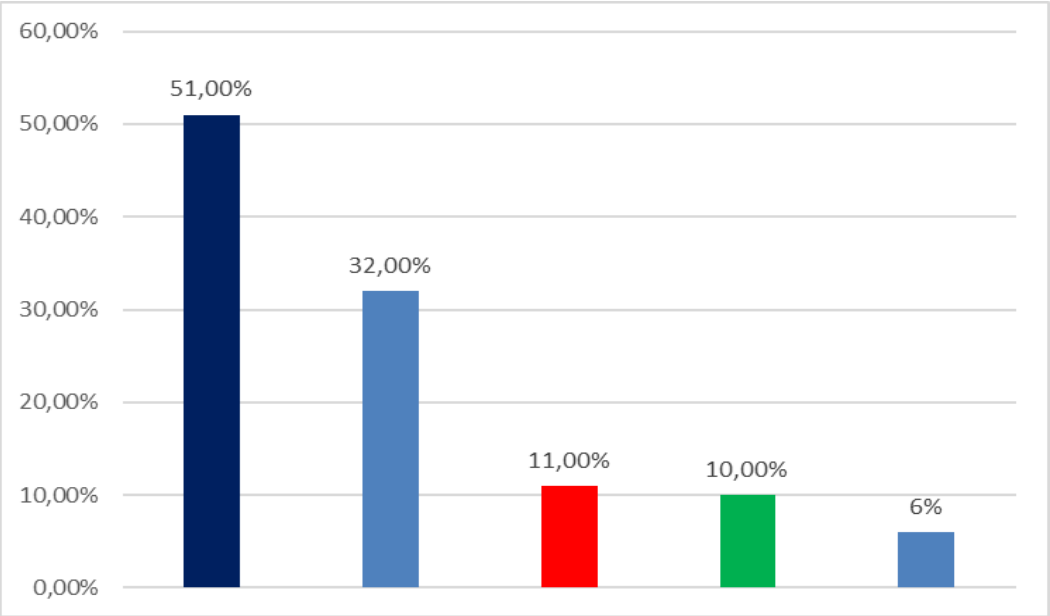
Данните показват, че по-голямата част от пациентите се хранят само два пъти дневно – 52,00% от анкетираните. Пациентите, които се хранят три пъти дневно са – 28,00%. Един път дневно се хранят 11,00%, четири пъти дневно - 9,00%. Броят на храненията имат съществено значение за пациенти със сърдечно-съдови заболявания, както количеството и качеството на приетата храна. Режимът и начинът на хранене на болния са основните средства за запазване на сърцето. Правилното хранене и броя на храненията е превенция на заболяванията на сърцето и кръвоносните съдове, особено при наличие на рискови фактори. Заболяванията на сърдечно-съдовата система изискват спазване на определен хранителен режим.

Фиг. № 18 **Прилагани кулинарни технологии**



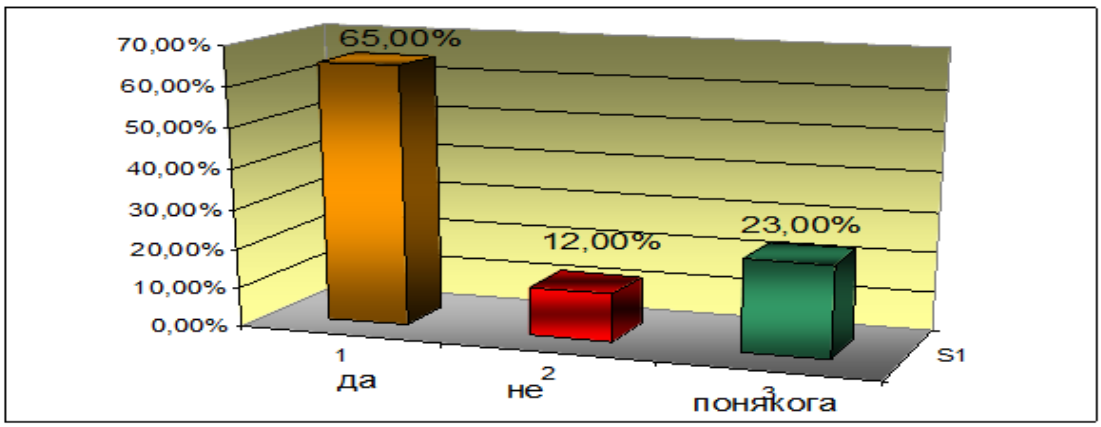
Предпочитаната кулинарна обработка на храната от анкетираните е предимно пържене – 51,00 %. Пациентите, които използват варене и печене са 32,00 %, предимно печене – 16,00 %, и предимно варене 11,00 %. При пациенти със сърдечно-съдови заболявания пържението на храната е забранено от диетата, която трябва да спазват, но за съжаление резултатите показват други тенденции в хранителните навици на анкетираните лица.

Фиг. № 19 **Хранителни предпочитания и хранителен избор на пациентите със ССЗ**



Пациентите със ССЗ предпочитат да се хранят преди всичко с месни ястия и колбаси – 51,00 %, на второ място са поставени хляба и тестените храни – 32,00 %, на трето – сладкарски и захарни изделия – 11,00%, мляко и млечни продукти – 10,00 %, и най-малко са посочили консумацията на плодове и зеленчуци – 6,00 %. Данните показват един много сериозен проблем в хранителните навици на тези пациенти – силно е намалено количеството на плодовете и зеленчуците за сметка на консумацията на месо и колбаси.

Фиг. № 20 **Допълнително солене на храната**



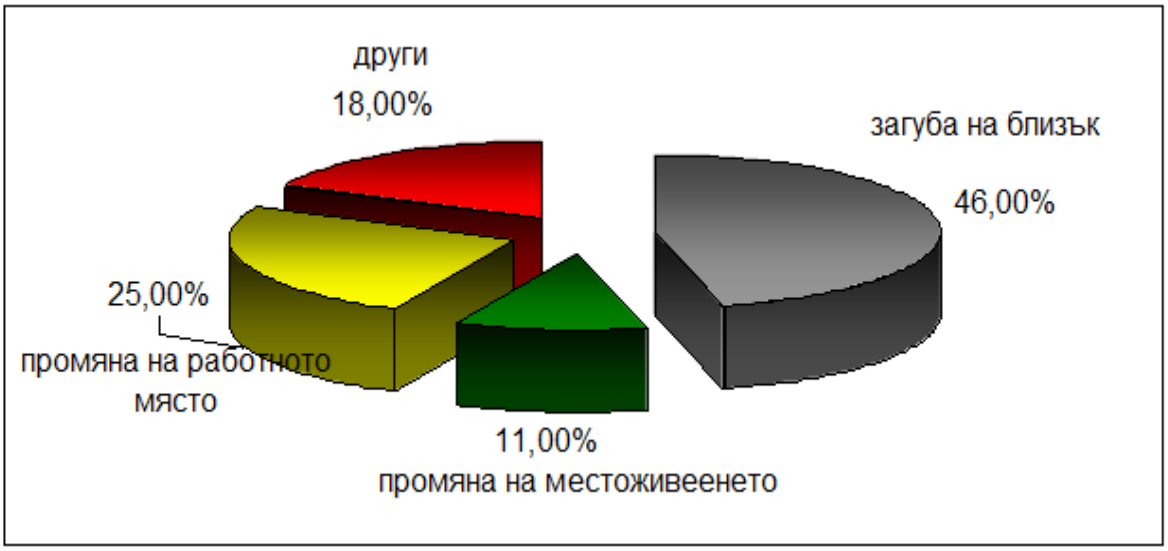
По-голяма част от пациентите със ССЗ - 65,00%, посочват че солят допълнително храната, която вече е приготвена със сол. Отрицателен отговор на този въпрос са посочили само 12,00% от анкетираните пациенти. Отговор „понякога” са посочили 23,00% от респондентите. Диетата на пациентите със сърдечно-съдови заболявания ограничава значително употребата на сол, но тези пациенти не спазват показания диетичен режим.

4.3. Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Прогресивно увеличаващата се тенденция за нарастване на сърдечно-съдовите заболявания създава сериозен проблем за общественото здраве и увеличава финансовите разходи на обществото. Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество, което налага провеждането на задълбочени проучвания и изследвания насочени към социалните фактори и възможностите за тяхното преодоляване. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на ССЗ. Нужни са координирани усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот. Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни хронични заболявания с медико-социална значимост на съвременното общество. Основните рискови фактори, които могат да доведат до заболявания на Сърдечно-съдовата система, са: тежки психически травми, нервно пренапрежение, рязко физическо натоварване, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, прехранване, angina pectoris,

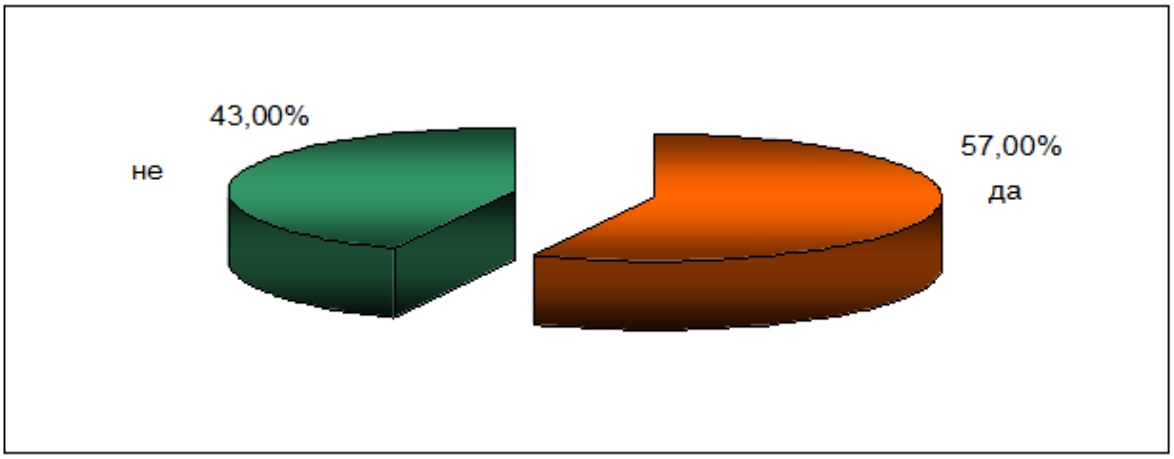
повишен холестерол, артериална хипертония, фамилна обремененост, болести на обмяната на веществата (диабет и обезитас), наследственост, заседнал начин на живот и др.

Фиг. № 21 **Стресови ситуации през последните години**



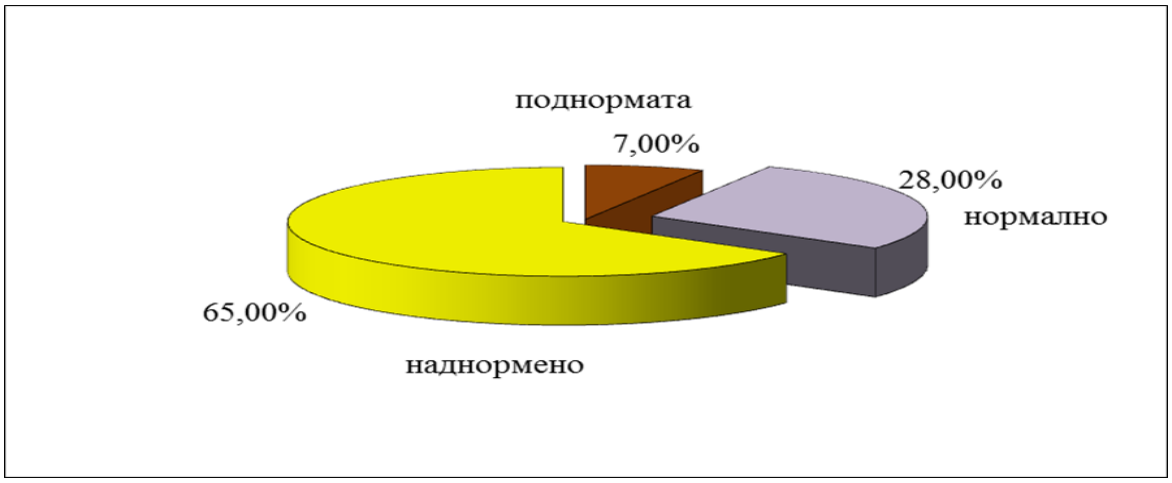
През последната една година 46,00% от анкетираните са преживяли стрес свързан със загуба на близък човек/смърт, или развод, 25,00% са преживели стрес от загуба или промяна на работното място, 18,00% са преживели други стресови ситуации, 11,00% са преживели стрес от промяна на местоживеенето. Всичко това се е отразило сериозно на здравословното им състояние. Стресът се определя като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение. В резултат се отделя голямо количество стресови хормони. Тяхното действие е сведено най-вече до повлияване функциите на сърдечно-съдовата система. Стресовите хормони повишават артериалното налягане и могат да доведат до сърдечен инфаркт и други сърдечно-съдови заболявания.

Фиг. № 22 **Разпределение на анкетираните според психическото натоварване на професията**



При 57,00 % от анкетираните лица е налице психическо напрежение и стрес на работното място. При 43,00 % работата им не е свързана със психическо напрежение и стрес. Едно от най-стресовите места е работното: продължителният стрес там удвоява риска от ССЗ. Особено опасна за сърцето е работата, която е свързана с високи изисквания, с кратко време за изпълнение на задачите, с ограничено право на вземане на решение и с не добро оценяване на труда. Застрашени са например хората, които са с ниска квалификация, с несигурно работно място, които имат холеричен началник или неприятни и коварни колеги. В тази група влизат и хората с висока квалификация, които имат много големи очаквания и изисквания към себе си, неудовлетворени са от постигнатото, и стремежа им към по-висока кариера ги поставя в ежедневна стресова ситуация.

Фиг. № 23 **Телесно тегло на анкетираните пациенти**

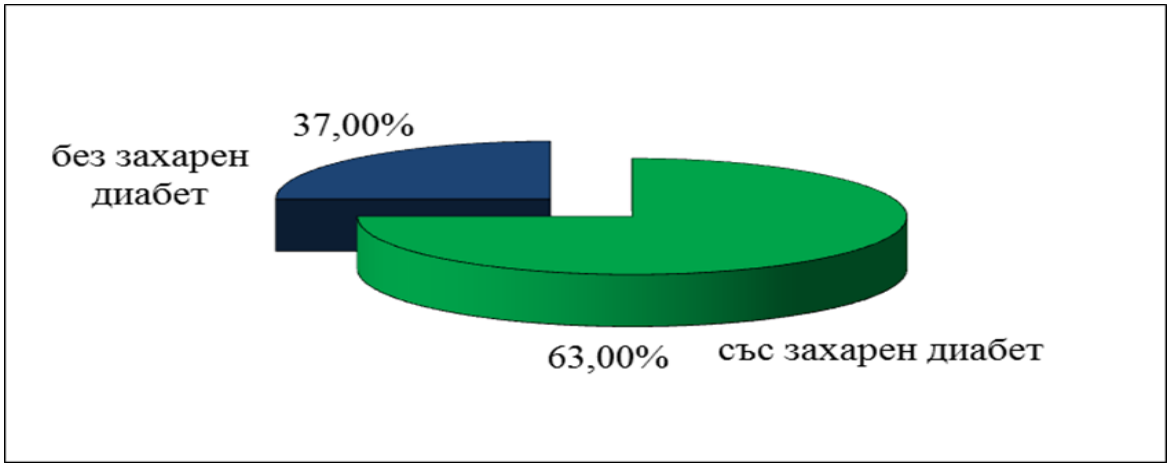


При 65,00 % от анкетираните лица е налице наднормено тегло, 28,00 % имат нормално телесно тегло, и 7,00 % са с тегло под нормата. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки сърдечно-съдови заболявания. Телесното тегло е важен показател за здравословен начин на живот, както при здравите хора, така и при болните. Дългогодишни проучвания показват, че при пациенти със сърдечно-съдови заболявания е желателно поддържане на телесното тегло само в нормални граници. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки заболявания, каквито са атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, нарушенията на мастната обмяна и др. Необходимо е да се подобри функционалния здравен статус на анкетираните пациенти за да се редуцира риска от сърдечно – съдови заболявания. Степента на свръхтеглото и затлъстяването обикновено се преценява според индекса на телесна маса (Body Mass Index – BMI), познат още като индекс на Quetelet, който отчита височината и килограмите и позволява сравнение на индивиди с различна конструкция.

Пациентите със сърдечно-съдови заболявания трябва да бъдат добре информирани и запознати с начините за контрол на телесното тегло. Изграждането на ежедневни навици, които да са насочени към здравословен начин на живот е изключително трудна задача, особено

когато става въпрос за хора на определена възраст, но това е единственият начин, по който може да се помогне на пациента.

Фиг. № 24 **Разпределение на пациентите според наличие на захарен диабет**

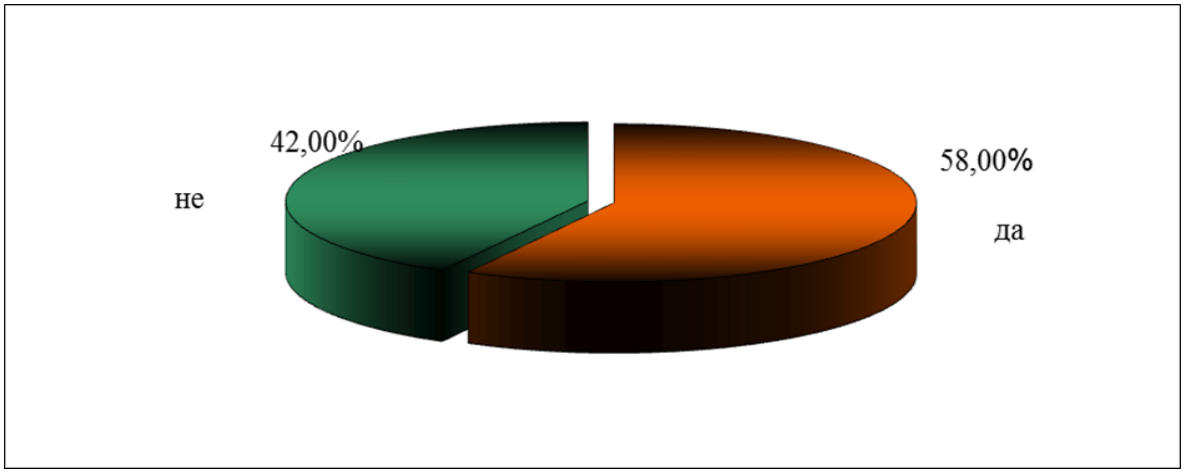


Получените данни показват, че 63,00 % от пациентите със ССЗ имат и придружаващо заболяване – захарен диабет. Тези данни показват една тревожна тенденция, че пациентите със захарен диабет са потенциално застрашени от сърдечно-съдово заболяване. Едва при 37,00% от анкетираните лица липсва захарен диабет. Захарният диабет е болест, позната на човечеството още от древността, като медицинското разбиране за нея е преминавало през различни фази – откривателство – пренебрегване – преоткриване. Захарният диабет е социално значимо заболяване поради широкото си разпространение. Дълготрайното високо ниво на кръвната захар ускорява развитието на атеросклероза. В резултат на това, всички големи кръвоносни съдове в организма се покриват с атеросклеротични плаки. Това е най-ясно изразено при кръвоносните съдове, хранещи сърцето (коронарните артерии), главния мозък и долните крайници. Захарният диабет е един от водещите рискови фактори при ССЗ.

При наличието на две хронични заболявания като сърдечно-съдовото заболяване, поради което пациентът е хоспитализиран и захарния диабет, е особено наложително да се обучават тези пациенти на здравословен начин

на живот, който в случая трябва да включва освен контрол на артериалното налягане, така също и контрол на кръвната захар, а също така спазване на диетичен режим и за двете заболявания.

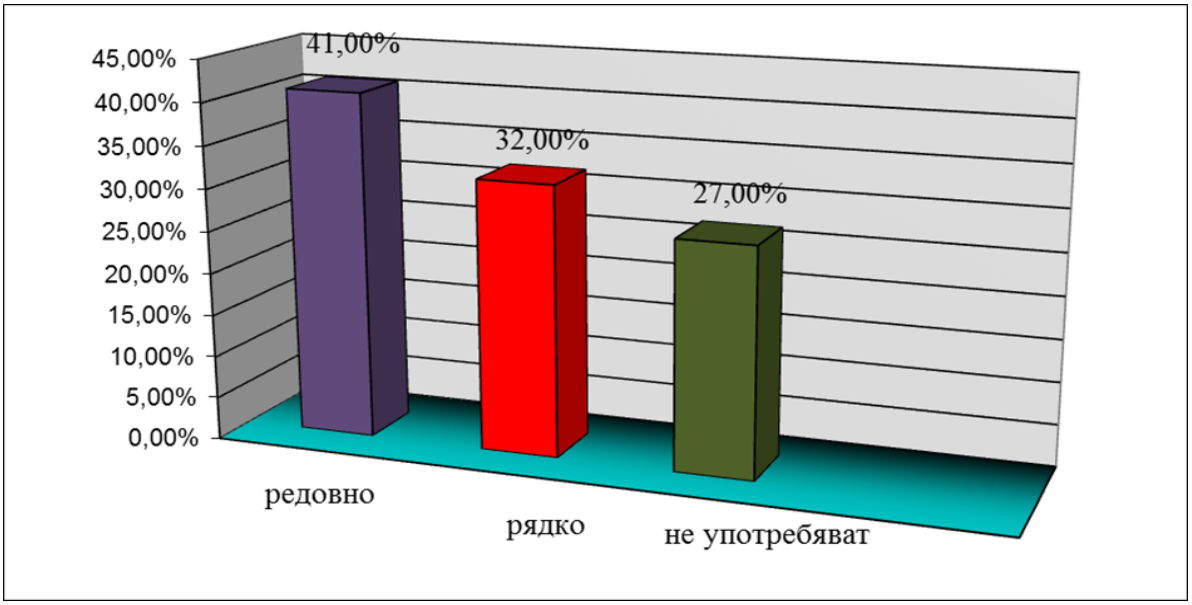
Фиг. № 25 **Тютюнопушене при пациенти със ССЗ**



От гореизложените данни става ясно, че 58,00 %, че са пушачи. Непушачите са само 42,00 %. Получените данни съвпадат с установените тенденции, че тютюнопушенето е един от основните рискови фактори за развитието на ССЗ. При пушачите риска от сърдечни заболявания е 30 пъти по-голям от този при непушачите. Употребата на една или повече кутии цигари дневно повишава смъртността от исхемична болест на сърцето 2 пъти. Спирането на тютюнопушенето води до намаляване на този риск. Рискът от възникване на ССЗ при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ССЗ се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите. Тютюнопушенето повишава както заболеваемостта, така и смъртността от ССЗ. Бившите пушачи са изложени на по-висок риск от смъртност и неблагоприятни сърдечно-съдови събития, отколкото „никога не пушилите". Това показва значителната полза от спиране на тютюнопушенето при пациентите със ССЗ, но е налице значителен

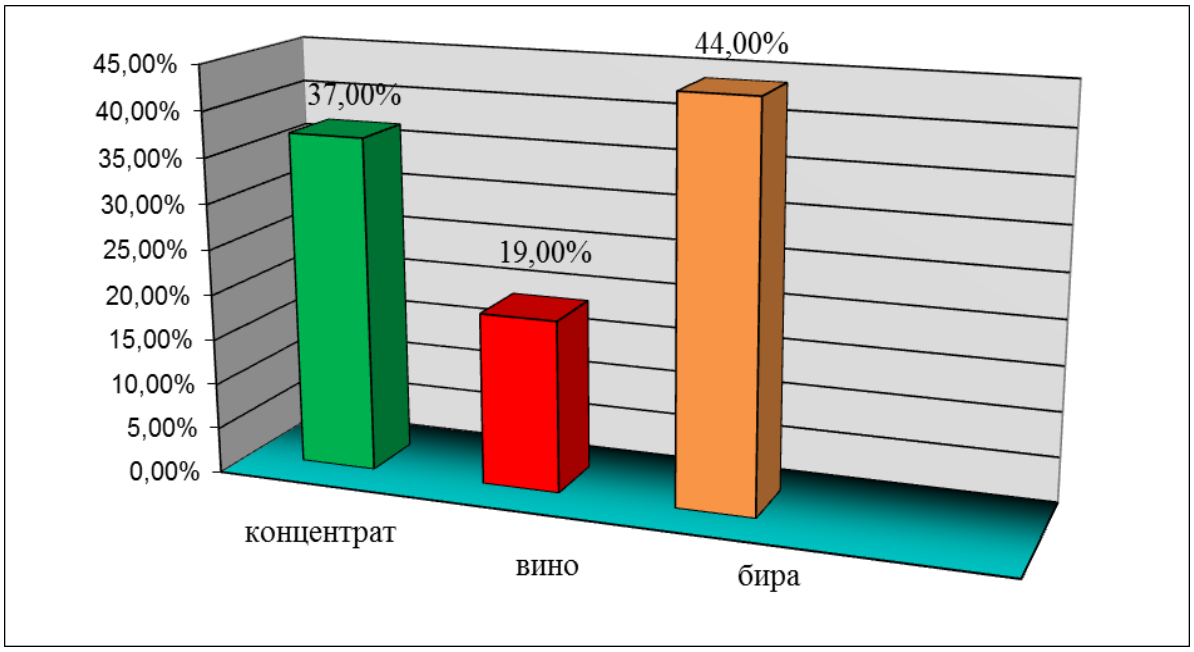
остатъчен риск, който е пропорционален на продължителността на тютюнопушенето.

Фиг. № 26 **Употребата на алкохол на пациенти със ССЗ**



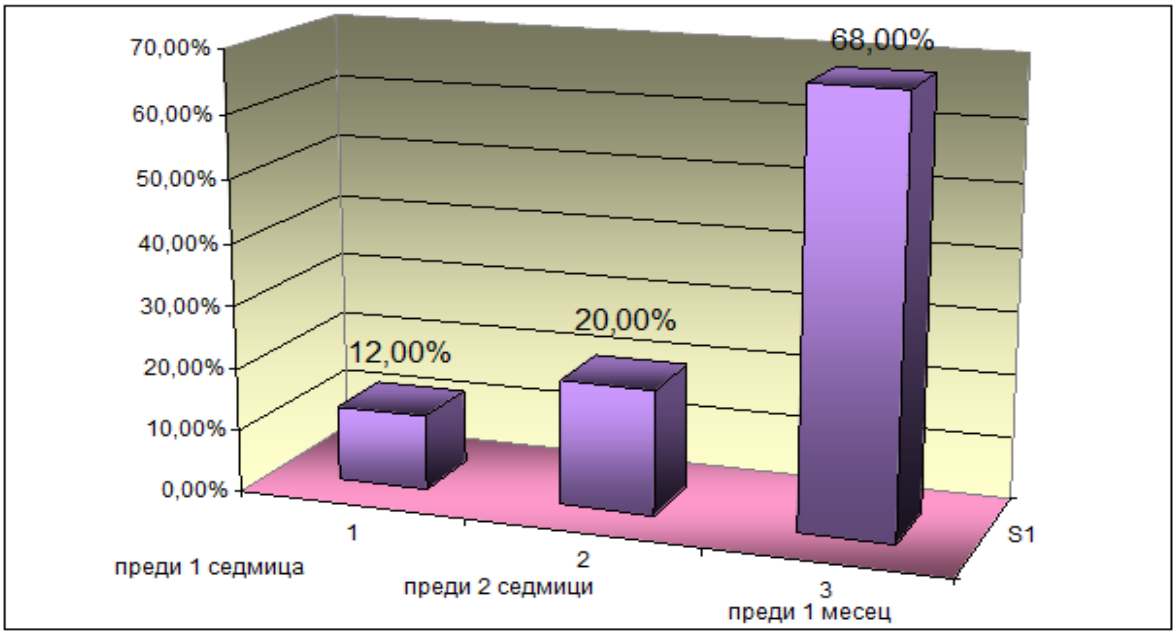
Според получените данни значителна част от анкетираните пациенти - 41,00 % редовно, което означава ежедневно употребяват алкохол. Близо 1/3 са пациентите, които употребяват много рядко или инцидентно алкохол, а 27,00 % от анкетираните не употребяват алкохол. Високият процент от употребяващите алкохол е рисков фактор за сърдечни инциденти. Веднъж попаднал в тялото, алкохолът бързо попада в кръвта и остава в него от 6 до 8 часа. Токсичните вещества, присъстващи в състава, уплътняват кръвта и не позволяват циркулирането му в малките съдове на сърцето. Това провокира кислородно гладуване в миокарда, поради което тъканите умират. Всичко това води до почти незабавно повишаване на кръвното налягане и сърцебиенето.

Фиг. № 27 **Вид на употребявания алкохол**



Близо половината от анкетираните пациенти – 44,00% употребяват ежедневно алкохол и консумират бира. Концентриран алкохол приемат 37,00% от пациентите, а вино само 19,00%. Виното може да има добър ефект върху здравето, но само в оскъдни дози - не повече от 125 мл. на ден и не повече от 875 мл. на седмица. Тези данни показват, че е необходимо да се повиши информираността на хората по отношение на негативното влияние на различните видове алкохол по отношение на риска от ССЗ. Вида, количеството и честотата на обичайно консумирания алкохол са трансформирани алкохолни единици (АЕ). Според възприетите критерии за стандартизиран прием на алкохол, една алкохолна АЕ съдържа 14 г чист алкохол, което съответства приблизително на 340 mL бира, 145 mL вино и 45 mL концентрат. Препоръките за безопасен прием на алкохол дневно са съответно 1 АЕ за жени и 2 АЕ за мъже.

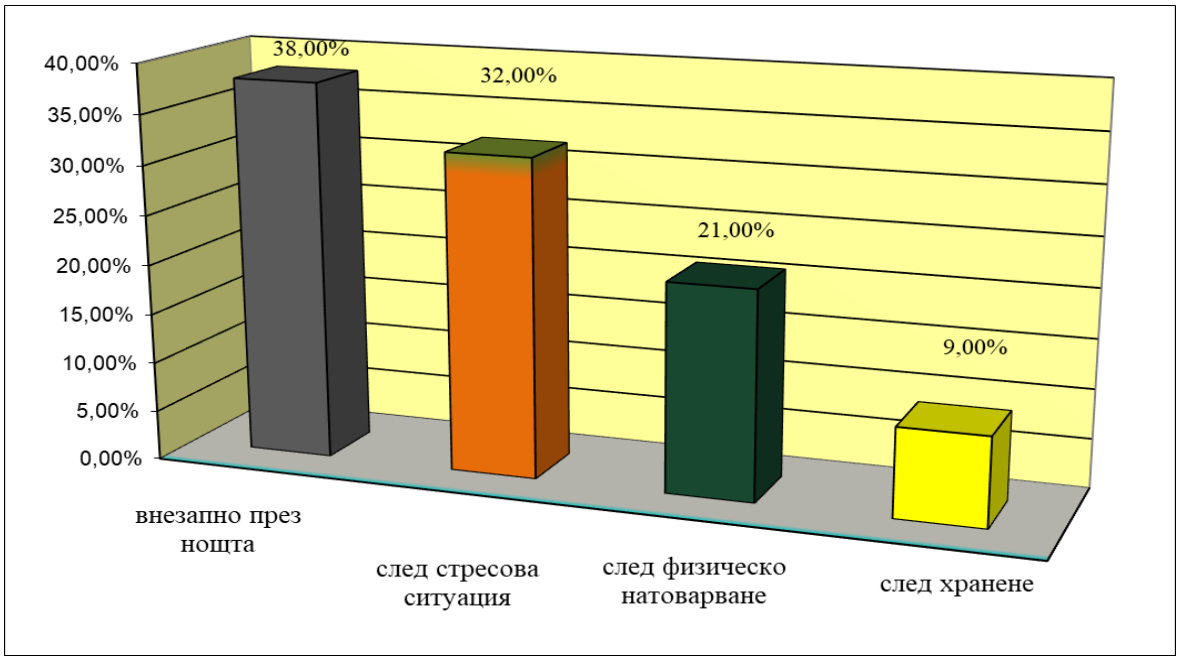
Фиг. № 28 **Разпределение на пациентите според периода на поява на сърдечната болка**



Получените резултати показват, че значителна част от пациентите са имали признаци за предстоящата криза още преди месец – 68,00%. Определено няма пациенти, които да посочват, че признаците и болките са се появили през последните дни преди хоспитализацията. Тези данни показват, че когато пациентите са достатъчно информирани те могат да потърсят навременна медицинска помощ и да имат адекватно поведение.

ССЗ е състояние, което е рисково за човешкия живот, ако не се предприемат съответните мерки. За да се намали смъртността и усложненията от тези заболявания е необходимо пациентите да бъдат добре запознати с организацията на грижите и организацията по клиничната пътека, които са въведени и регламентирани и да бъдат взети всички необходими превантивни мерки с оглед сериозността на ССЗ.

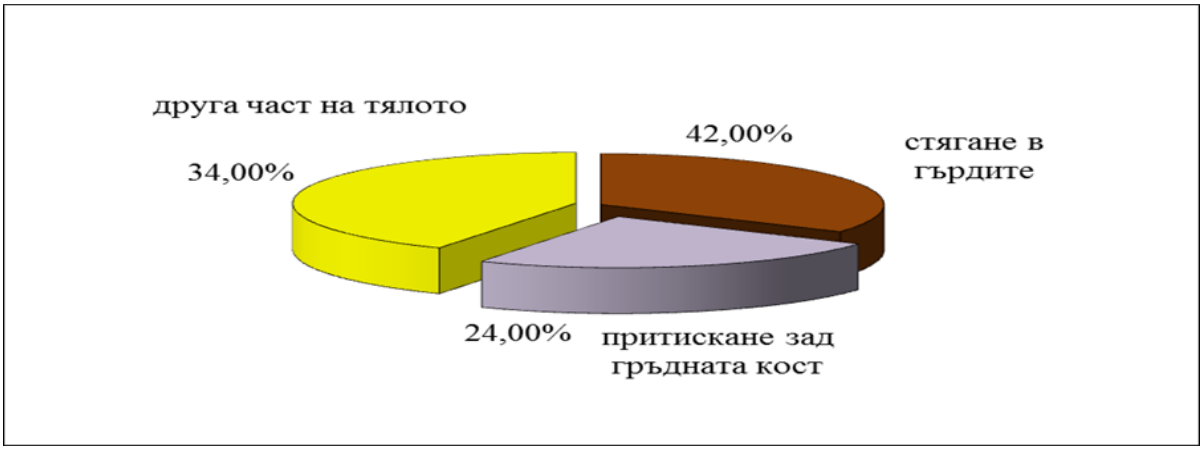
Фиг. № 29 **Условия за настъпване на сърдечна болка**



Според условията, при които настъпва стенокардната болка, резултатите от отговорите на пациентите, показват че най-голям е относителният дял на пациентите, при които тя настъпва внезапно – през нощта – 38,00 %. След стресова ситуация и психическо натоварване 32,00 % от респондентите са получили стенокардна болка, след физическо натоварване – 21,00 %. Едва при 9,00 % болката се получава след нахранване. Тези данни са показателни относно условията и времето, при които възниква острото коронарно заболяване. По време на пристъпа болните се чувстват отпаднали, имат понякога гадене, повръщане, оригване, обилно отделяне на слюнка или сухота в устата. Характерна особеност е, че болката се влошава от лежане по гръб, облекчава се от неподвижно положение. Пристъпът завършва така внезапно, както се е появил, и в края му могат да се появят оригвания или позиви за ходене по голяма или малка нужда. Най-често пристъпът започва нощно време. Тези пристъпи се считат за по-опасни, тъй като показват, че заболяването много се е задълбочило много и че необходимо да се предприемат спешни мерки. Продължителността на болката е от няколко секунди до няколко минути.

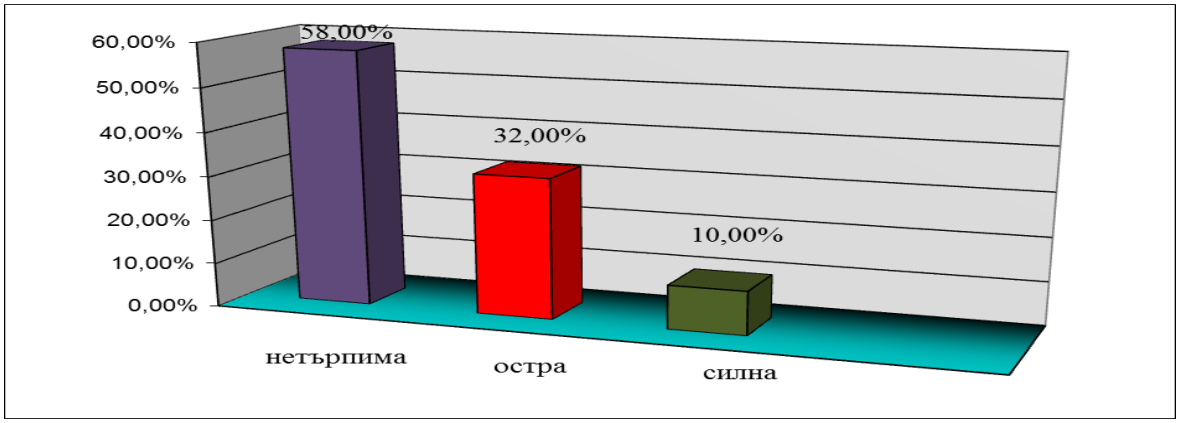
След почивка или поставяне на таблетка нитроглицерин под езика болката преминава, но може да се повторя след различни интервали от време.

Фиг. № 30 **Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката**



Данните показват, че най-голям е относителният дял – 42,00 % на пациентите, които са получили стягане в гърдите. Болката е силна, стягаща, "смазваща" придружена със задух. 34,00 % са имали болка в друга част на тялото. Характерно за ССЗ на сърцето е усещане за болка, която може да се разпространява към предмишниците, врата, челюстта, корема или гърба. Притискане зад гръдната кост са усещали 24,00 % от респондентите.

Фиг. № 31 **Разпределение на пациентите според силата на болката**

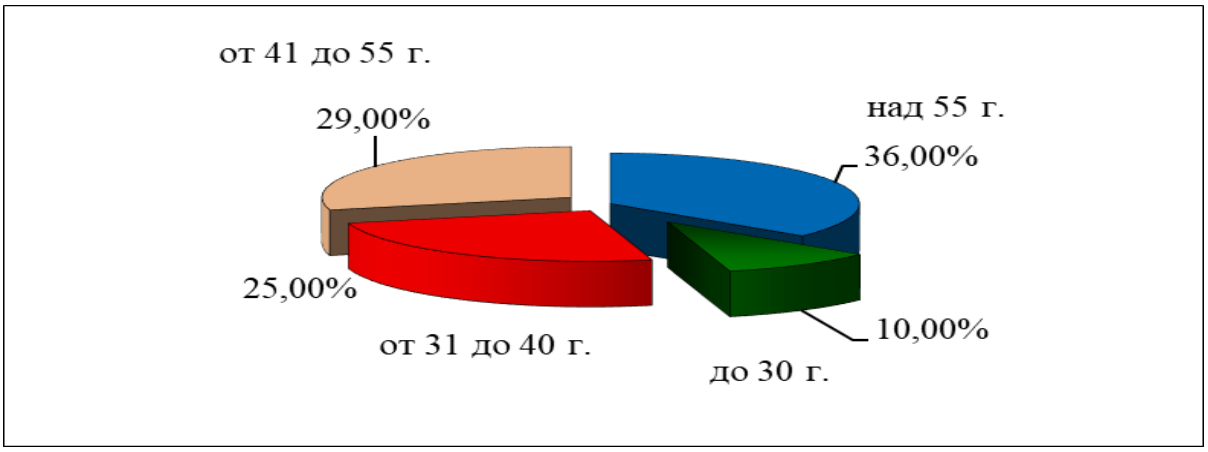


Определение – болката е неприятно чувство и емоционален опит, свързани с налична или потенциална опасност от нараняване на тъкани. Тя винаги е субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде. Според най-голямата част от пациентите – 58,00 % - болката е „нетърпима". 32,00 % посочват, че болката е остра и 10,00 % силна. Болните изпитват чувство на неописуем страх от настъпваща смърт, побледняване на лицето и покриването му със студена пот. Задухът също е характерна особеност на болката при пациенти със ССЗ, те имат чувството на притискане в областта на гърдите. Тенденцията й е прогресивно да се изменя по честота, сила, продължителност, локализация и разпространение.

4.4. Оптимизиране на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

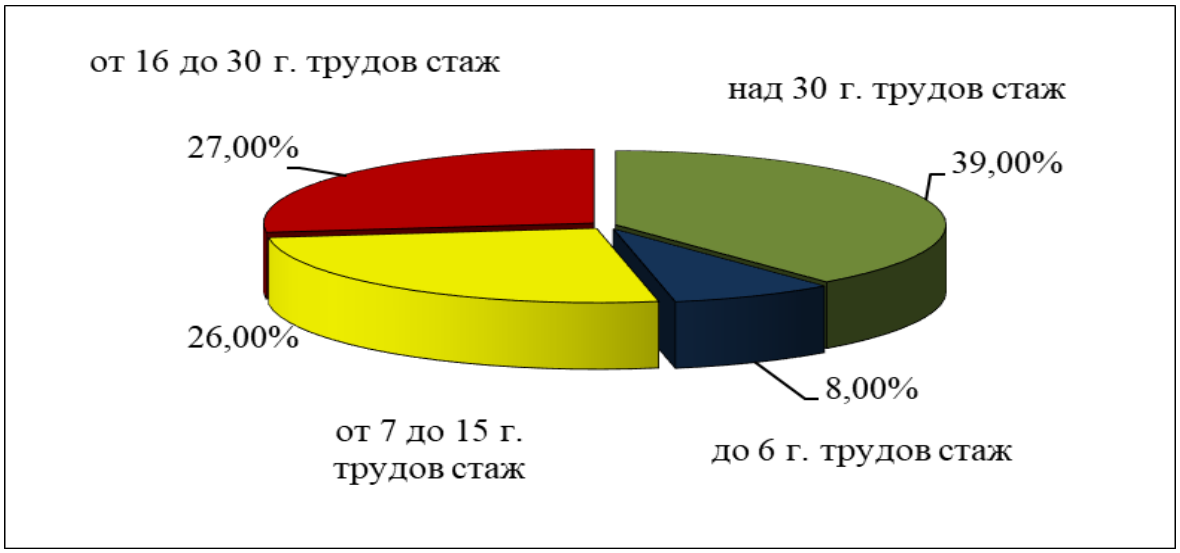
Медицинските сестри са най-голямата професионална група в рамките на здравеопазната система. Обхватът на сестринската практика се променя динамично в отговор на здравните потребности и изисква развитие на нови познания и технологии, които да гарантират обезпечаване на по-добри здравни резултати. Оптимизирането на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно -съдови заболявания е важен и отговорен етап от лечебно-диагностичния процес. Приоритет в работата на медицинските сестри е формирането на професионално поведение и изграждането на професионални умения, което да показва отговорността им по отношение на вземането на професионални решения, а не само предоставянето на определен обем от дейности. Всичко това би гарантирало повишаване качеството на полаганите от тях грижи и би спомогнало за оптимизиране на грижите за пациенти със ССЗ. Днес сестринството е една организирана, обществено призната и уважавана професия, преминала различни етапи на развитие.

Фиг. № 32 **Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст**



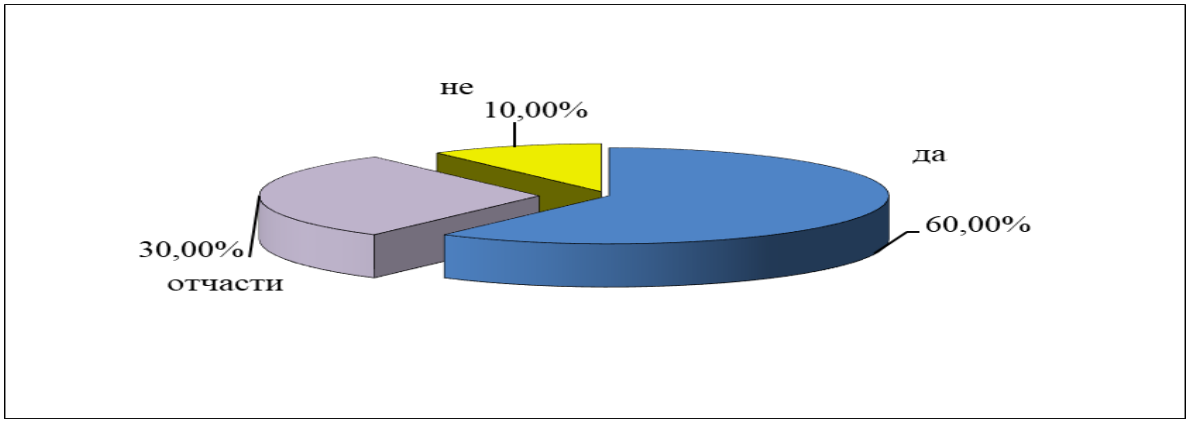
36,00 % от анкетираните медицински сестри са на възраст над 55 г., което се обяснява с недостигът на професионалисти по здравни грижи, както и ниското заплащане за професията. Това определено е причина за отлив на кадри от системата на здравеопазването. 29,00 % са на възраст от 41 до 55 г. Това са медицински сестри в активна работоспособна възраст, които са намерили своето призвание в работата си с пациенти със ССЗ. 25,00 % от респондентите са на възраст от 31 до 40 г. това са вече изградени специалисти с богат теоретичен и практически опит, и виждат бъдещото си призвание в тази професия. Едва 10,00 % от анкетираните са на възраст до 30 г. Този нисък процент показва една тревожна тенденция за перспективите за привличане и оставане на млади кадри към професията.

Фиг. № 33 **Разпределение на анкетираните по трудов стаж**



Най-голям е относителният дял на анкетираните лица с трудов стаж над 30 г. – показател за застаряващ човешки ресурс в професията. Само 8,00 % са с трудов стаж до 6 г., които все още не са осъзнали значимостта на професията и желанието да останат в сферата на здравеопазването.

Фиг. № 34 **Наличие на регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ**



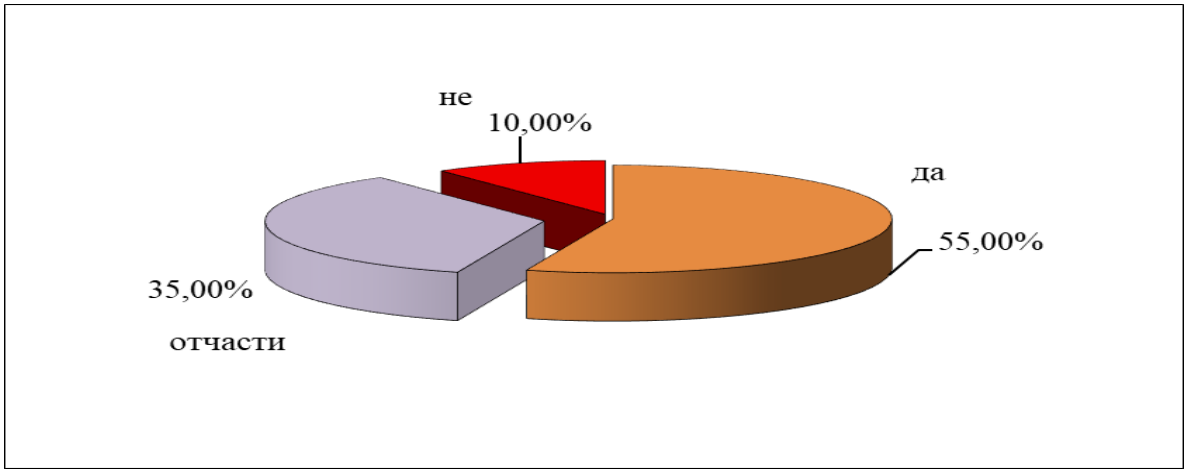
Показателите за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ включват: пол; видима възраст; психично състояние; ръст; развитие на костната и мускулната системи; телесно държание; движение; охраненост и телесна маса; състояние на кожата и лигавиците; температура на тялото; наследствени болести и болестни предразположения.

Антропометрични измервания, които включват: телесна маса, ръст, обиколка на главата, обиколка на гърди, размери на фонтанелата и прорастване на зъбите.

Соматични показатели - измерване и регистриране на температура, пулс, артериално налягане, дишане, наблюдение на уринирането дефекацията.

Според най-голямата част от анкетираните специалисти по здравни грижи – 60,00 % съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите. 30,00 % посочват, че само отчасти тези показатели са точно и ясно регламентирани, а според 10,00 % не съществуват. Необходимо е оптимизиране на грижите при пациенти със ССЗ – процес изискващ непрекъснато наблюдение, намеса, оценка, анализ и контрол от страна на медицинската сестра.

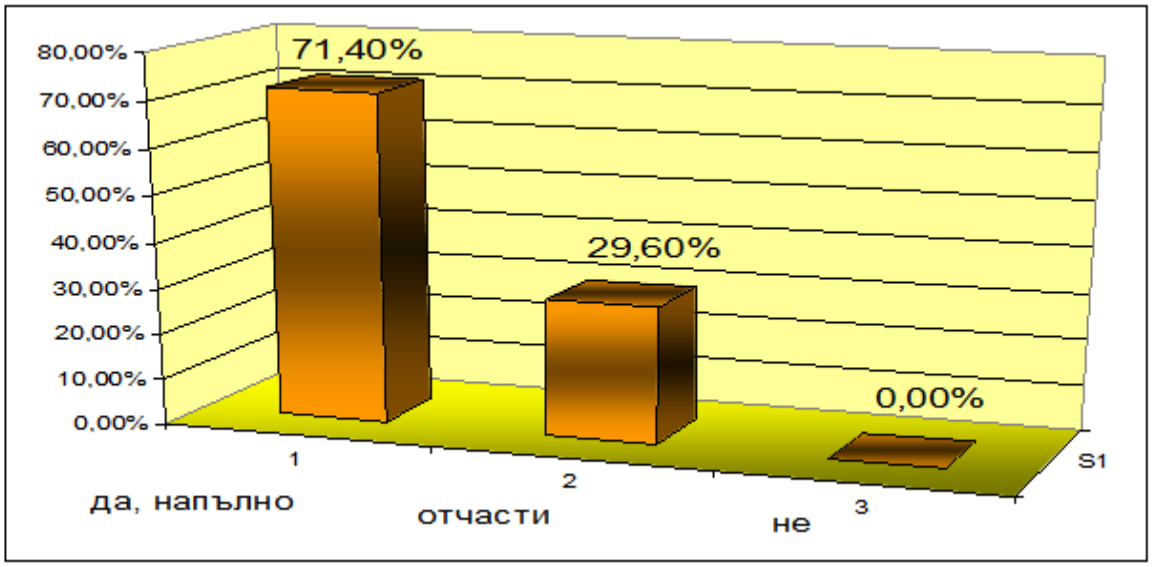
Фиг. № 35 **Възможности за изработване на план за сестрински грижи за пациент със ССЗ при съществуващата организация**



Данните от направеното проучване показват, че 55,00 % от анкетираните изработват индивидуален план за сестрински грижи на постъпилите за лечение пациенти. При 35,00 % се изработва отчасти, а 10,00 % не изработват такъв план. Това означава, че за да се осъществяват грижите по предварително изработен план е необходимо да се направи

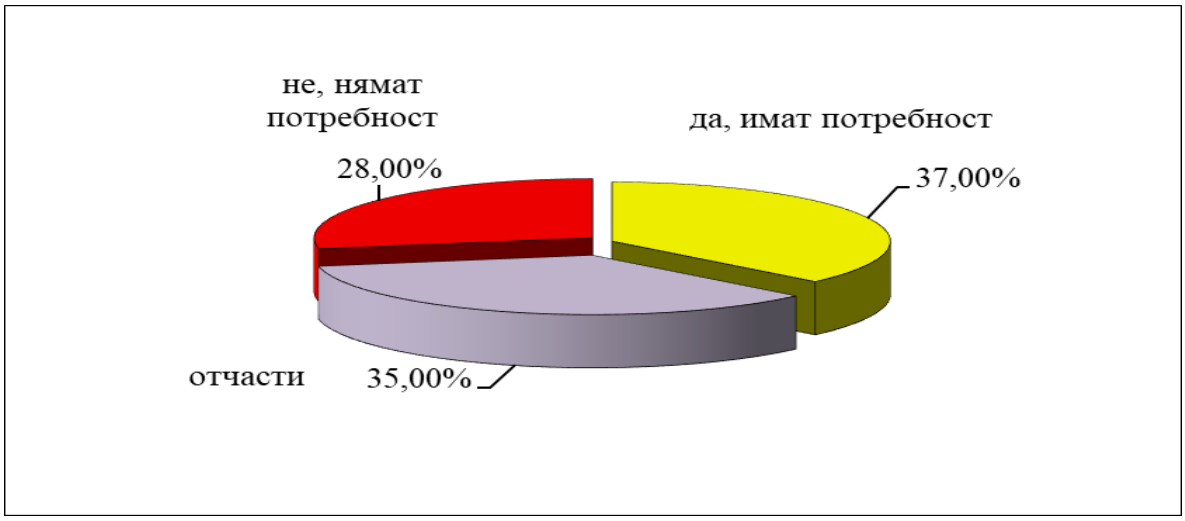
сериозна промяна в организацията и тези дейности да бъдат точно и ясно регламентирани. При настоящите форми на обучение в учебните планове на студентите от специалност „Медицинска сестра“ точно и ясно са регламентирани критериите за изработване на индивидуален план за сестрински грижи.

Фиг. № 36 **Самооценка на медицинските сестри по отношение на тяхното обучение относно грижите за пациенти със ССЗ**



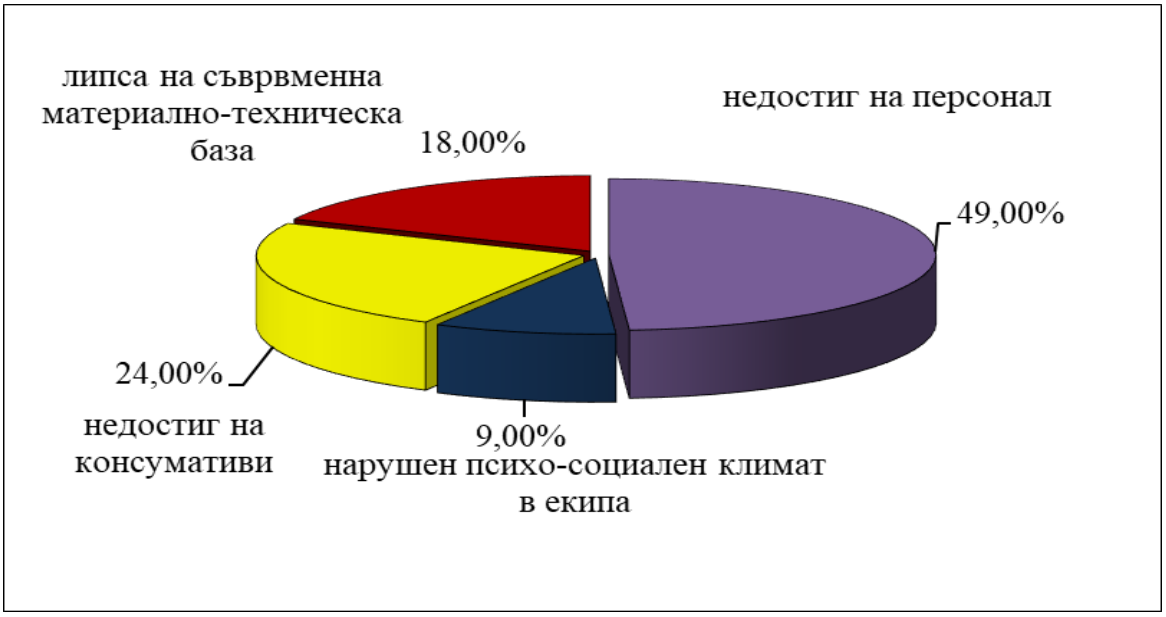
Според значителна част от медицинските сестри - 71,40 % те притежават необходимите знания и квалификация относно грижите и индивидуалните потребности за пациенти със ССЗ. Според 29,60 % от анкетираните посочват, че отчасти са преминали през конкретно обучение относно грижите за тези пациенти. Отрицателни отговори на зададения въпрос няма.

Фиг. № 37 **Необходимост от допълнителна квалификация**



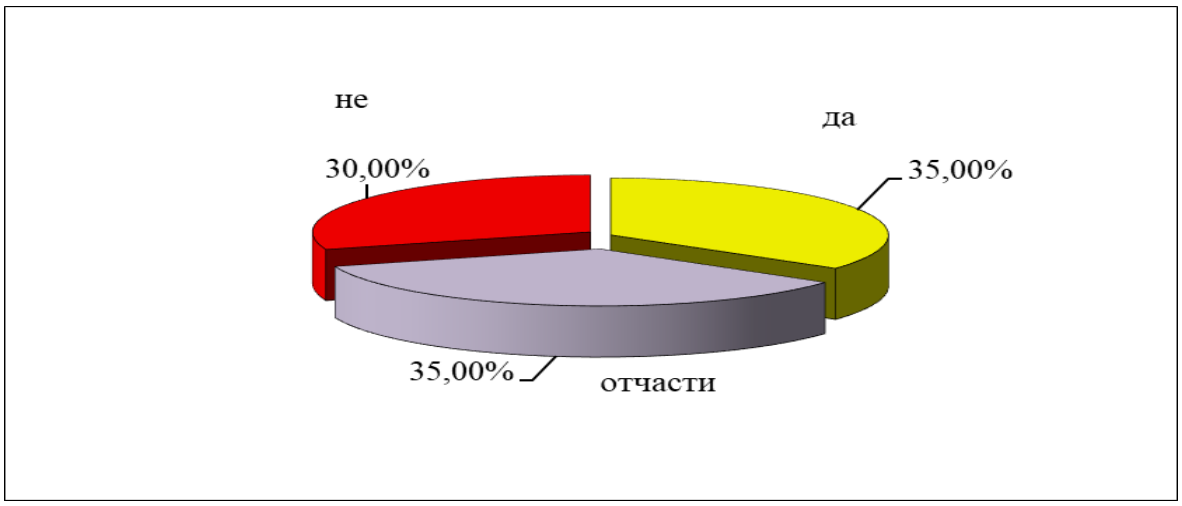
Най-големият процент от анкетираните - 37,00 % определено имат потребност от допълнително обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. Те осъзнават, че ритъмът наложен от промените в здравеопазването и в частност в здравните грижи ще им помогнат да се убедят в нуждата от непрекъснато обучение и повишаване на квалификацията им. 28,00 % дават отрицателен отговор на този въпрос.

Фиг. № 38 **Наличие на фактори затрудняващи дейностите на медицинските сестри при пациенти със ССЗ**



Близо ½ от анкетираните посочват като основна причина за затруднение в работата и извършване на сестринските дейности – недостиг на персонал. Броят на медицинските сестри трябва да е адекватен на броя на пациентите със ССЗ, и с оглед на тези тежки заболявания е необходимо една медицинска сестра да обслужва по-малък брой пациенти. Нарушеният психо-социален климат води нарушени професионални взаимоотношения и липсата на екипна работа - 9,00 %. Непрекъснато се търсят нови пътища и по-рационални средства за подобряване на материално-техническата база и ритмичност за снабдяване на консумативи. Ръководствата на всички нива и структури на лечебните заведения се стремят да разрешат натрупаните с години проблеми с цел подобряване качеството и оптимизирането на здравните грижи.

Фиг. № 39 **Готовност и умения на медицинските сестри за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ**

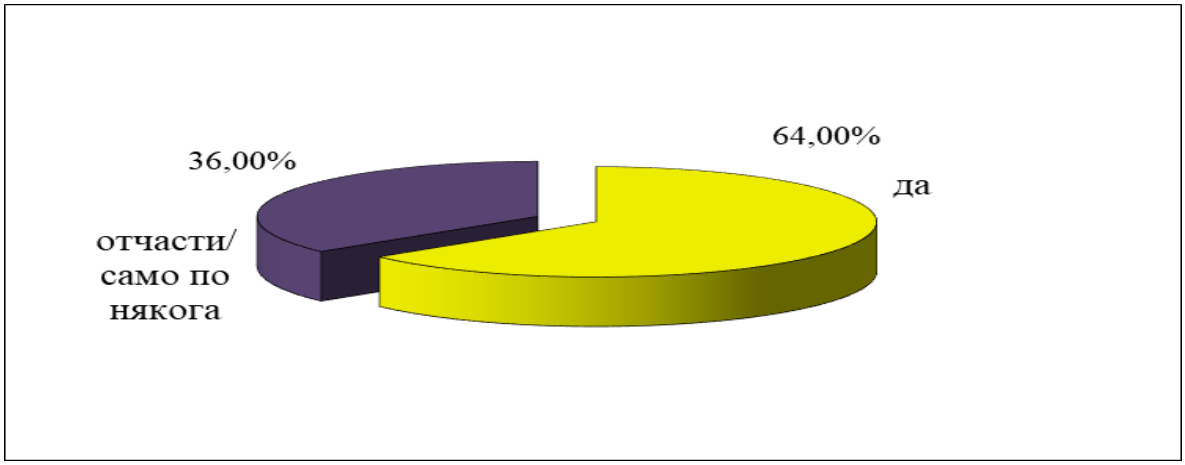


Създаването на организация на здравните грижи в болничните структури, която да отговаря на съвременните изисквания е невъзможно без въвеждането на информационни системи в работата на сестринския персонал. 35,00 % от анкетираните смятат, че са напълно подготвени за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ. Същият е процента на посочили отговор – отчасти. Въвеждането на информационни

системи в сферата на грижите е от особено значение и необходимост, но проблеми биха възникнали поради факта, че около 1/3 от медицинските сестри в болничните структури изпитват затруднения при работа с иновативни технологии. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента, и определен период за адаптация към иновативните методи.

Основните професионални дейности на медицинските сестри са насочени към грижите за пациента и извършване на назначените от лекаря изследвания и лекарствена терапия, но едновременно с това е необходимо определена информация за пациента да се регистрира, да се изпраща, както и да се съхранява.

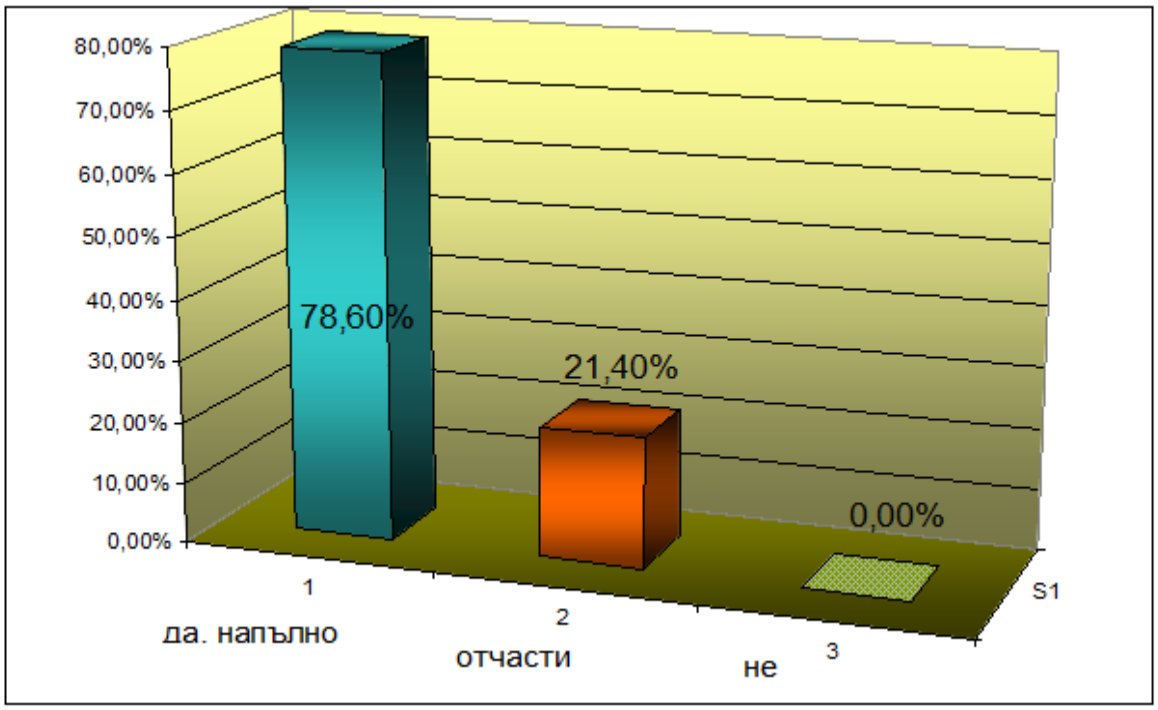
Фиг. № 40 **Допускане на грешки поради липса на оптимизирана и ефективна информационна система**



36,00 % от анкетираните смятат, че е възможно допускане на грешки поради липса на оптимизирана и ефективна информационна система. С наличието на такава, тяхната работа ще се облекчи, което ще им позволи да се съсредоточат върху основната си дейност. Тези данни показват, че грешки не липсват в сестринската практика, но липсата на ефективна

информационна система не позволява доказване и регистриране. Голяма част от информацията относно грижите за пациентите не се регистрира, а това води до по-голямо натоварване на медицинските сестри, както и до невъзможност да се определи тяхната професионална отговорност. Промяна в организацията на болничните грижи може да бъде осъществена в посока към по-голяма ефективност, ако бъде въведена специализирана информационна система, допълваща общоболничната.

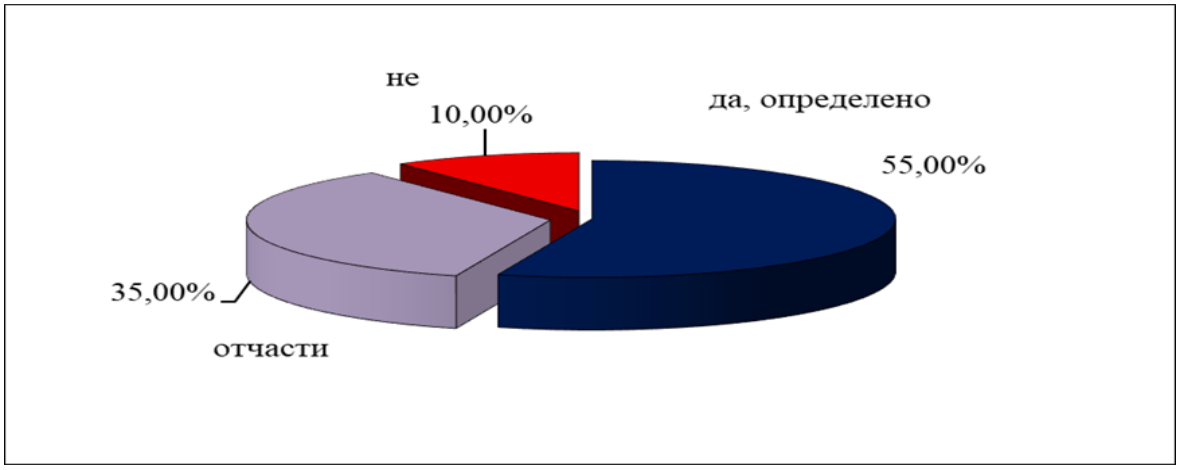
Фиг. № 41 **Отделяне на значително време за попълване на документация на ръка**



По-голямата част от анкетираните медицински сестри – 78,60 %, са на мнение, че през голяма част от дежурството отделят значително време за попълване на документация и то на ръка, а не чрез компютър или информационни системи. Отчасти са отговорили 21,40 % от анкетираните, а отрицателен отговор никой не е посочил. При съвременните форми на компютъризация и информационно обезпечаване на медицинската документация е недопустимо съвременната медицинска сестра да отделя

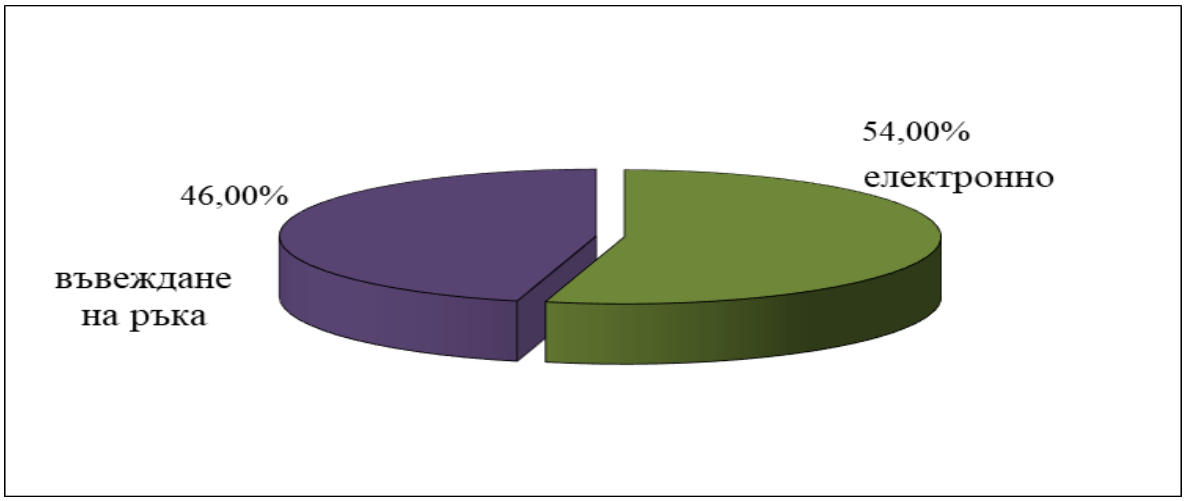
толкова време за попълване на документация на ръка. Съвременните реформи в системата на здравеопазването изискват специалистите по здравни грижи да използват своите компетенции за индивидуалните потребности на пациентите, което безспорно налага облекчаване на труда им чрез въвеждане на иновативни технологии.

Фиг. № 42 **Намаляване ангажираността на медицинските сестри при въвеждане на ефективна информационна система**



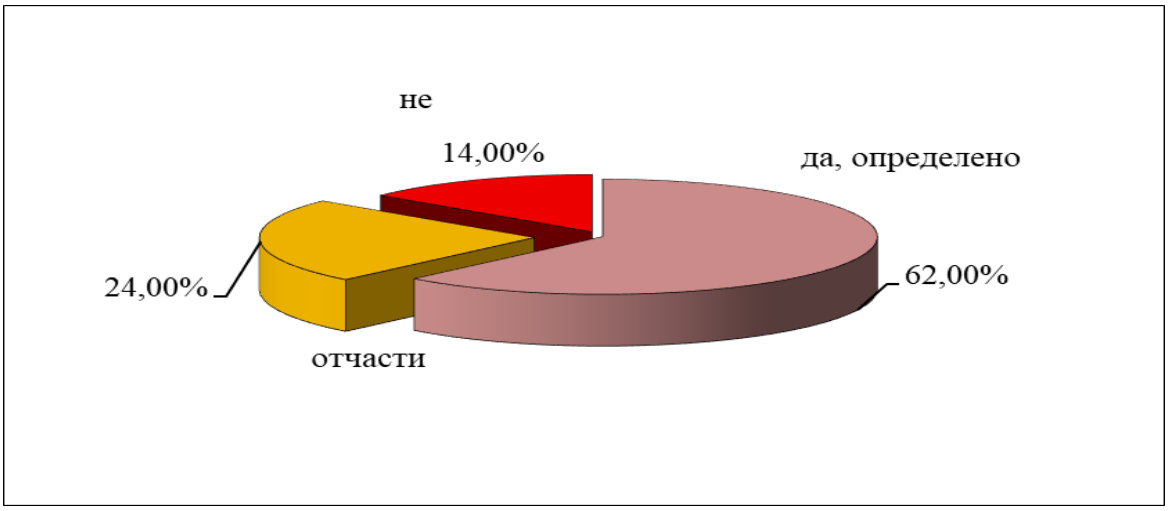
Въвеждането на оптимална информационна система за работата на медицинските сестри при пациенти със ССЗ е инструмент за тяхната дейност не само като технически секретар, а е част от организацията и лечението на пациентите. Това би довело до облекчаване работата свързана с попълване на документацията на ръка, както и обмена на информация. Оптимизира се пътя на пациента, планирането на консултации и много други дейности.

Фиг. № 43 **Начини за съхраняване и използване на информацията, свързана със сестринските грижи при пациенти със ССЗ**



54,00 % от анкетираните ползват различни специализирани компютърни програми относно: данни за пациента, дадени назначения за изследвания и консултации, наблюдение на соматични показатели, манипулации, хранителен режим и др. останалата част от анкетираните - 46,00 % въвеждат информацията ръчно и по този начин отделят значително време за писане на ръка.

Фиг. № 44 **Потребност от промяна на организацията на грижите, която да отразява приоритетите свързани с пациенти със ССЗ**

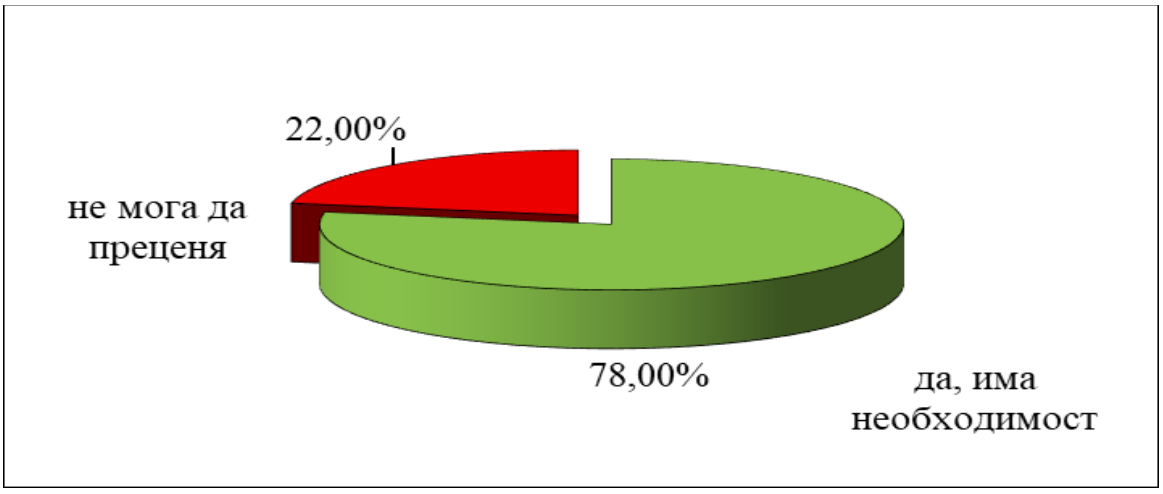


Промяната в организацията при работата на сестринските грижи е необходимо да отговаря от една страна на спецификата и потребностите на пациентите от грижи и от друга – да създава условия на персонала да осъществява качествени и ефективни грижи. Съвременното болнично

обслужване изисква определени медицински технологии и качество на използваните медицински консумативи и материали, но добрите резултати определено зависят от създадената организация и последователност на процедурите в цялостния лечебно-диагностичен процес. 62,00 % от анкетираните определено смятат, че е необходимо и неотложно оптимизиране на организацията на работата на медицинските сестри при пациенти със ССЗ. Организацията на сестринските грижи трябва да позволява на медицинските сестри да осъществяват адекватни грижи за пациента, в зависимост от неговото общо състояние, измерване на показателите и планираните от лекуващия лекар изследвания и назначения. Това изисква от медицинските сестри да могат да извършват както своите автономни функции, така и тези по лекарско назначение в съответствие със състоянието на пациента.

Необходимост от въвеждане на информационна карта на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Фиг. № 45 **Необходимост от въвеждане на информационен подход на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания**



Днес се налага схващането, че сестринството е не само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписания от лекаря, а една

широкохуманна професия, свързана с грижи за човека, болен или здрав, за запазване на неговото здраве. Получените резултати от направеното анкетно проучване при медицинските сестри показват готовността и необходимостта от въвеждане на информационна схема на сестрински грижи при пациенти със ССЗ - 78,00 %. Тя отразява всички етапи на осъществяване на сестринските грижи и интегрира цялата информация за пациента, което позволява бързо извличане на необходимата лечебно-диагностична информация. Едва 22,00 % не мога да преценят.

Медицинската сестра осъществява грижите за пациента до неговото пълно оздравяване и възстановяването на нормалното му функциониране. Сестрински грижи се полагат при човека за задоволяване на основните му жизненоважни нужди, когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика. Медицинската сестра е необходимо винаги да се съобразява с индивидуалните особености на пациента.

ГЛАВА V: Промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е приоритетна задача, залегнала в цялостната дейност на специалистите по здравни грижи с цел постигане на ефективни резултати и подобряване качеството на живот на пациентите със ССЗ. Промотивните и превантивните здравни грижи са съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които се предприемат за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на основните рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. Първичната профилактика трябва да бъде насочена към рисковите фактори, като включва промоция на здраве и

специфична профилактика. Профилактиката е защита, която действа още преди проявление на дадени заболявания, защита, която препятства появата им, развитието и усложняването им в нежелана посока. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Редица проучвания посочват, че няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори" на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се повлияват трудно, но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Ако се предприемат адекватни мерки, с които да се намалят или да се елиминира действието на останалите рискови фактори. Ключово значението на профилактичните мерки за предотвратяване на ССЗ, е промяната в начина на живот на хората и ограничение на действието на негативните рискови фактори. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със ССЗ е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството на живот.

5.1. Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е насочен към промоцията на здравето, запазването и възстановяването на здравето и качеството на живот, както и предотвратяването на болестта и се използва от медицинската сестра във всяка сфера от нейната дейност. Сестринският подход означава последователна смяна на действията, извършвани от сестрата по отношение на пациента с цел предотвратяване, облекчаване, намаляване и свеждане до минимум на възникващите у него проблеми и трудности. Той се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за

организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Сестринският процес е рамката за предоставяне на професионални и качествени здравни грижи от медицинската сестра. Прилагането на сестринския процес в практиката е необходимост, която ще насочи в правилна посока полаганите сестрински интервенции. Прилагането на сестринския подход в практиката е необходимост, която ще насочи в правилна посока полаганите сестрински интервенции. Сестринския подход се състои от няколко последователни етапа:

- събиране на (данни) информация – медицинската сестра събира информация на основата на концептуален модел за грижи или на основата на стандартен въпросник.
- формулиране на проблем – анализ на събраната информация с цел определяне нуждите/ потребностите на пациента от грижи или поставяне на сестринска диагноза.
- изработване на индивидуален план за грижи – медицинската сестра разработва индивидуален план за грижи, който съдържа дейности отговарящи на поставените цели.
- реализация на грижите – осъществяване на описаните дейности.
- оценяване – изучаване на получените резултати от положените грижи.

Концептуалните модели са конструирани на основата на теории и концепции за подпомагане на медицинските сестри при извършване и оценка на състоянието на пациента, планиране и осъществяване на грижи при спазване на определени професионални рамки. Сестринските модели включват методи и оценка на индивидуалните потребности на пациента и определяне на подходящи грижи за него. Сестринските грижи са комплекс от сложни елементи и явления. Концепцията е „способността, която притежава всеки един от нас да направи забележим познат предмет или явление”.

Схема 1 Схематичен модел на сестринския подход за промотивни и превантивни здравни грижи



Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Схема 2



Организация на здравните грижи при наблюдение на общото състояние, измерване на показатели при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Наблюдение на общото състояние
Измерване на показатели

1. Наблюдение, контрол и поведение на медицинската сестра при пациенти на монитор
2. Подготовка на болен и извършване на електрокардиография
3. Сестрински грижи при изследване и регистриране на артериалното налягане, артериална хипертония и хипертонична криза
4. Сестрински грижи, свързани с изследване на пулса на пациента (брадикардия, тахикардия, камерна тахикардия, синусова тахикардия, пароксизмална тахикардия)
5. Сестрински грижи при измерване, изследване и регистриране на дишането.
6. Кислородолечение, сестринска техника.
7. Сестринска техника при измерване и регистриране на телесната температура
8. Сестрински грижи при измерване на диуреза и относително тегло
9. Подготовка и извършване на катетеризация на пикочен мехур при жена
10. Сестрински грижи, свързани с изследване на дефекацията
11. Хигиенни грижи за пациентите със ССЗ
12. Тоалет против декубитус
13. Хигиенни грижи за леглото на болния
14. Диетично хранене при пациенти със ССЗ
15. Оценка на болката- скала за оценка на интензивността на болката
16. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели
17. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
18. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Организация на здравните грижи за диагностични изследвания при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Диагностични изследвания

1. Правила при вземане, изпращане и транспорт на кръв за лабораторни изследвания
2. Асистиране на медицинската сестра при определяне на кръвни групи
3. Сестринска интервенция и поведение при вземане на кръв за алкално - киселинно равновесие от артериална канюла
4. Планиране на назначените изследвания и консултации
5. Поведение на медицинската сестра при неинвазивни методи на изследване
6. Поведение на медицинската сестра при инвазивни методи на изследване
7. Подготовка на пациента при коронарна ангиография
8. Поведение на медицинската сестра и здравни грижи за пациенти в деня на извършване на инвазивно изследване на коронарните съдове с имплантиране на стент
9. Подготовка и поведение на медицинската сестра при отстраняване на артериално дезиле
10. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
11. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Организация на здравните грижи за провеждане на терапевтични процедури при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Терапевтични процедури

1. Сестринска техника при поставяне и поддържане на периферен венозен източник (абокат)
2. Сестринска дейност при подготовка, поставяне и поддържане на централен венозен път
3. Поведение на медицинската сестра при венозно вливане и перфузионна терапия
4. Извършване на назначената лекарствена терапия – начини и правила за приложение на лекарствени средства
5. Инжекционно приложение на лекарства. Подготовка за инжектиране, аспириране на лекарствени средства от ампула, флакон и банка
6. Поведение на медицинската сестра при вътрекожна инжекция. Кожно диагностични проби за чувствителност
7. Подкожна инжекция. Поведение на медицинската сестра
8. Поведение на медицинската сестра при подготовка и поставяне на мускулна инжекция
9. Венозна инжекция – правила и техника
10. Инсулинотерапия
11. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
12. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

5.2. Информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Планирането на грижите е основна част от дейността на медицинските сестри. То се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Специалистите по здравни грижи все по-ясно осъзнават потребностите от съвременно информационно осигуряване на професионалните грижи в болничните структури. Необходимо е въвеждането в сестринската практика на съвременните информационни системи чрез които ще се постигне следното:

- Подобряване на качеството на здравните грижи
- Намаляване на пропуските и грешките
- Улесняване на комуникацията между – специалист по здравни грижи и лекар; специалист по здравни грижи – пациент
- Повишаване ефективността от здравните грижи
- Лесно достъпна и пълна медицинска документация
- Осъществяване на контрол и обратна връзка в различните етапи.

Всичко това може да се постигне чрез използването на електронното медицинско досие в което се записват и съхраняват медицинските данни за всеки пациент - обща здравна информация, данни от прегледи, проведени лечения, медицински интервенции, амбулаторни листове, лабораторни изследвания, издадени направления и рецепти, ТЕЛК решения, данни за кръводарявания, в това число и на кръвна плазма и др. Информационно и документално осигуряване чрез подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания ще доведе до по-ефективно и качествено болнично лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания са съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които се предприемат за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на основните рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството им на живот, промяната в начина на живот и ограничение на действието на негативните рискови фактори.

В заключение може определено да се каже, че пациентите приети за болнично лечение със Сърдечно-съдови заболявания не водят здравословен начин на живот и при значителна част от тях са налице основни рискови фактори, които са установени при сърдечно-съдовите заболявания - пол, семейно положение, телесно тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживяни хипертонични кризи. Относно информираността на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания повече от половината са запознати и информирани за рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.

В лечебните заведения за извънболнична помощ дейността на свободно практикуващи специалисти по здравни грижи в екип или в координация с лекар е важна предпоставка за осигуряване на достъп до качествени здравни грижи и подобряване на колаборацията между болнична и извънболнична помощ. Самостоятелната практика ще даде

възможност на медицинските специалисти да поемат нови по-високи отговорности в процеса на извършване на здравни дейности в амбулаторни условия.

Грижата за пациенти в извънболнични условия позволява прилагане на концепцията за промоция на здравето и профилактика.

Съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите, но е необходимо въвеждане на нов подход за промотивни и превантивни здравни грижи, който може да се приложи за всеки един пациент, чрез анализиране на неговото индивидуално състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите.

Съвременната сестринска практика се основава на теоретични концептуални модели, които имат за цел да очертаят границите на автономната сестринска професия при осъществяването на специфичните сестрински грижи, каквито са и грижите за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания. Грижи за тези пациентите трябва да се осъществяват на базата на индивидуален подход за да се осигури професионалното изпълнение на лекарските назначения и терапевтично лечение. Съвременното лечение на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания определено изисква въвеждането на подход за грижи, отговарящ на индивидуалните потребности на пациента, в съответствие с въвеждането на научните подходи и методи за реализация на здравните грижи.

За постигането на тези цели е необходима допълнителна квалификация и обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента.

Прилагането на подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е рамката за

предоставяне на професионални и качествени здравни грижи. Специалистите по здравни грижи все по-ясно осъзнават потребностите от съвременно информационно осигуряване на професионалните грижи в болничните структури. Необходимо е въвеждането в сестринската практика на съвременните информационни системи, която ще подобри качеството на здравните грижи, ще доведе до улесняване на комуникацията между – специалист по здравни грижи и лекар; специалист по здравни грижи – пациент с цел повишаване ефективността от здравните грижи, осъществяване на контрол и обратна връзка в различните етапи.

ИЗВОДИ

1. **Разпределението на пациентите по пол показва, че по-голямата част от тях са мъже - 63,00 %, което показва като закономерност преобладаването на мъжете със Сърдечно-съдови заболявания.**
2. **Разпределението на пациентите по възраст показва, че пациентите до 35 годишна възраст са 10,00 %, което е негативна тенденция през последните години. Най-възрастния пациент е 90 годишен. От 36 до 50 г. респондентите са 18,00 %, от 51 до 65 г. са 31,00 %. Най-голям е относителния дял на пациентите над 65 г. Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората на възраст над 65 години.**
3. **Информираност на анкетираните лица относно наследствени Сърдечно – съдови заболявания - 54,00 % съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители и роднини. При 13,00% от анкетираните лица липсва информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството. 33,00% от респондентите нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова.**
4. **Насочване на пациентите за хоспитализация - най-голям брой пациенти са насочени от общопрактикуващ лекар - 46,00 %, приети след постъпването им в друго болнични заведение - 22,00 %, а от Кардиолог – 24,00 %. Самонасочилите се пациенти са 8,00 %. Първоначалното насочване на пациентите за хоспитализация не се свързва с водещата диагноза, което води до неефективно използване на ресурсите в здравеопазването и до забавяне и оскъпяване на лечението.**

5. **Разпределението на пациентите според престоя им в Клиника по Кардиология показва, че само 25,00% от включените в проучването пациенти са престояли в КК до 3 дни. От 4 до 7 дни – 34,00 %, от 8 до 15 дни – 22,00 %. Най малък е престоят на пациентите над петнадесет дни – 19,00 %.**
6. **Информираност на пациентите относно Сърдечно-съдови заболявания - 55,00 % са запознати и информирани относно рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Отрицателни отговори на този въпрос няма. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.**
7. **Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията от ССЗ – на 28,00 % им липсва информация по отношение на рисковете и усложненията, които могат да възникнат в резултат на съществуващо ССЗ. Положителен отговор на този въпрос са посочили 32,00 % от анкетираните, а 40,00 % - са „отчасти“ информирани.**
8. **Разпределение на анкетираните пациенти по райони в изследваните болнични заведения - най-голям е броят на пациенти от гр. София и София област – 52,00 %. Това са по-голямата част пациентите в болниците, в които е направено проучването. От Северозападен район са 22,00 %, от Югозападен район - 16,00 %, и най-малък е относителният дял - 10,00 % от Южен централен район.**
9. **Редовно измерват артериалното кръвно налягане 34,00% от анкетираните пациенти, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух.**

10. **Разпределение на пациентите с артериална хипертония - около 2/3 от анкетираните пациенти са с поставена диагноза артериална хипертония. Само при 1/3 от тях не е открита артериална хипертония. Отклонения на артериалното кръвно налягане от нормата се срещат често.**
11. **Придружаващо заболяване имат 28,00 % от и са с поставена диагноза захарен диабет, а 32,00 % – имат доказана хипертонична болест. 40,00 % съобщават за други придружаващи заболявания.**
12. **Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечен пристъп - с най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 42,00 %, следвани от тези – през декември – 35,00 %, на трето място се нарежда месец февруари – 13,00 % и на четвърто място е месец ноември -10,00 %.**
13. **Режим на хранене на пациентите със ССЗ - 52,00% от пациентите се хранят само два пъти дневно, три пъти дневно – 28,00%. Един път дневно се хранят 11,00%, четири пъти дневно - 9,00%. Броят на храненията имат съществено значение за пациенти със сърдечно-съдови заболявания, както количеството и качеството на приетата храна.**
14. **Предпочитаната кулинарна обработка на храната от е предимно пържене – 51,00 %. Пациентите, които използват варене и печене са 32,00 %, предимно печене – 16,00 %, и чрез варене 11,00 %. При пациенти със сърдечно-съдови заболявания пърженето на храната е забранено от диетата, която трябва да спазват.**
15. **При 65,00% от анкетираните лица е налице наднормено тегло, 28,00 % имат нормално телесно тегло, и 7,00 % са с тегло под**

нормата. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки сърдечно-съдови заболявания.

16. **Тютюнопушене при пациенти със ССЗ - 58,00 %, че са пушачи. Непушачите са само 42,00 %.**
17. **Условия за настъпване на сърдечна болка - най-голям е относителният дял на пациентите, при които тя настъпва внезапно – през нощта – 38,00 %. След стресова ситуация и психическо натоварване 32,00 % от респондентите са получили стенокардна болка, след физическо натоварване – 21,00 %. Едва при 9,00 % болката се получава след нахранване.**
18. **Наличие на регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ - според най-голямата част от анкетираните специалисти по здравни грижи – 60,00 % съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите. 30,00 % посочват, че само отчасти тези показатели са точно и ясно регламентирани, а според 10,00 % не съществуват.**
19. **Необходимост от допълнителна квалификация - 37,00 % определено имат потребност от допълнително обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. 35,00 % - отчасти, и 28,00 % дават отрицателен отговор на този въпрос.**
20. **Готовност и умения на медицинските сестри за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ - 35,00 % от анкетираните смятат, че са напълно подготвени за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ. около 1/3 от медицинските сестри в болничните структури изпитват затруднения при работа с иновативни технологии. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с**

информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента.

21. **Начини за съхраняване и използване на информацията, свързана със сестринските грижи при пациенти със ССЗ - 54,00 % от анкетираните ползват различни специализирани компютърни програми. 46,00 % въвеждат информацията ръчно и по този начин отделят значително време за писане на ръка.**
22. **Необходимост от въвеждане на информационен подход на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания - 78,00 % подкрепят необходимостта от въвеждане на информационен подход, 22,00 % не мога да преценят.**

Приноси на дисертационния труд

С научно-теоретичен характер:

1. Анализирана е научната литература относно: профилактиката, основните предпоставки и принципи за промоция и профилактика на Сърдечно-съдовите заболявания;

2. Събрана и систематизирана е научната литература относно основните характеристики на социалните фактори на здравето (типове социални фактори на здравето и здравословен стил и начин на живот);

3. Анализирана е научната литература относно по въпроса за концептуалните и организационните модели за здравни грижи;

4. Анализирани са социално-медицинските проблеми и социалната значимост (епидемиология и профилактика) на Сърдечно-съдовите заболявания;

5. Идентифицирани и анализирани са основните рискови фактори при Сърдечно-съдовите заболявания;

6. Събрана и систематизирана е научната литература относно основните форми на Исхемична болест на сърцето (Стабилна и Нестабилна стенокардия, Остър коронарен синдром, Миокарден инфаркт, Атеросклерозата и ритъмни нарушения на сърдечната дейност).

7. Определени са водещите потребности от грижите за пациентите със Сърдечно-съдовите заболявания.

С научно-приложен характер:

1. Разработен е подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания и механизъм за ефективно организиране на болничния прием и грижи за пациентите.

2. Предложеният подход допринася за подобряване на съществуващата организация и анализиране, контрол и оценка на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

3. Подходът за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания посочва механизмите за реализация на медицинските сестри в извънболничната помощ и организацията на самостоятелна практика.

4. Описани са етапите относно наблюдение на общото състояние и измерване на показатели; диагностични изследвания и терапевтични процедури свързани с интензивни грижи, инвазивни ангиографски процедури, оперативни интервенции (предоперативна и следоперативна подготовка), терапевтични грижи, превенция на усложненията.

5. Организирането на здравните грижи по разработения подход позволява на практика да бъде осъществено изработването на индивидуален план за грижи спрямо индивидуалните потребности на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания;

6. Разработеният подход е необходимо да бъде използван като основа на болничното информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Библиография

1. Александрова, М. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, 97-100.
2. Александрова, М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София: КП, 2007, с. 20-22.
3. Александрова, М. Съвременната медицинска сестра, МУ - София, 2007, с. 24-26.
4. Александрова, М., Попов, Т. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, 440-442.
5. Александрова, С. Мястото на хосписите в системата на здравеопазване. Здравен мениджмънт, т. 8, София, 2008, с. 4-5.;
6. Александрова, С. Хосписни грижи-мениджмънт и етика, второ преработено и допълнено издание, изд. Център на МУ Плевен, 2005, с. 13-15;
7. Александрова, С. Хосписни и палиативни грижи. Световна практика и опит в България, изд. Център на МУ Плевен, 2009, с. 7-8;
8. Александрова, С. Хосписни грижи.Мениджмънт и етика. Издателски център на ВМИ-Плевен, 2002, с.143;
9. Апостолов, Г. Ангина пекторис – вариантна форма на Принцметал. Вътрешни болести, 1981,20(3),110-113.
10. Апостолов, М., П. Иванова. История на медицината и сестринството. „Горекс Прес", София, 1998, с. 20-22;
11. Апостолов, М. Исторчески, социални и етични измерения на медицината. „Горекс Прес", София, 2004, с. 32-35;

12. Атанасов, Ат., и колектив, Основи на палиативната медицина, Пловдив, 2005, с.193 -194;
13. Ачкова, М., Приложна психология в медицината и здравните грижи. Коти ЕООД, София, 2001, с. 33-36;
14. Атанасов, В. Оценка на левокамерната функция в острия и подостър стадий на сърдечен инфаркт чрез индиректни методи. Вътрешни болести, 89,15(3),96-100.
15. Атанасов, В. Промяна в стойностите на АКТХ и кортизол при болни с остър инфаркт на миокарда. Вътрешни болести 1990, 2, 54-58.
16. Атанасова, Галя. Анализ на рискови фактори и биохимични маркери за исхемична болест на сърцето в Плевенския регион. 2012. Дисертация. Медицински университет – Плевен.
17. Балабански Л. Хранене и диетика. МФ, София, 1987, 12-15.
18. Балканска, П. Приложна психология в медицинската практика. София, 2000, 163.
19. Балканска, П. Приложна психология, София, 2012, изд. Булвест 2000, с. 152;
20. Балканска, П. Психологични подходи в здравния мениджмънт, София, 2009, изд. Булвест 2000, с. 12-15;
21. Балканска, П. Приложна психология в медицинската практика, София, 2009, изд.Булвест 2000, с.7-8;
22. Балканска, П., Н. Георгиев., С. Младенова. Образователни потребности на професионалистите по здравни грижи. Здравна политика и мениджмънт, 2008, том 8, № 6, с. 54-60;
23. БАПЗГ, Методика за дейността на свободно практикуващи медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и фелдшери/лекарски асистенти (ПРОЕКТ), 2020, 20-24.
24. Башлиев, И. Смъртност при лицата преболедували от инфаркт на миокарда след шестия месец от заболяването. 1991, 1,18-23.

25. Башлиев, И. Проблеми на трудоспособността при лица преболедували от два и повече инфаркта. Воен. мед., 1993, 2, 7-11.
26. Белов, Ю. Клинична кардиология. София, 1984, 285-290.
27. Бикова, П. Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома, ЦМБ, МУ-София, 2015, с. 81-83;
28. Борисов, В. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, София, Филвест, 1997, 12-17.
29. Борисов, В. Здравна политика и мениджмънт. "График консулт" София, 1998, с. 16;
30. Борисов, В. Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к „Форум медикус" бр. 8, 1994, с. 3;
31. Борисов, В. Синтетична социална медицина с въведение в здравния мениджмънт, второ допълнено издание, София, Филвест, 2002, с. 132;
32. Борисов, В. Здравен мениджмънт, том I, Азбука на здравния мениджмънт. София, Филвест, 2004, 249.
33. Борисов, В. Здравна политика и мениджмънт (лекционен курс). Изд. График Консулт ООД, София, 1994, 94-96.
34. Борисов, В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, Здравен мениджмънт, I, София, Филвест, 2004, 243-258.
35. Борисов, В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, Филвест,София, 2000, 32-34.
36. Борисова, С, Тончева, С. Ролята на преподавателя при формиране на клинично мислене в обучението на медицинските сестри, Trakia Journal of Sciences, 2008;6(2), 26-30.
37. Борисова, С. Изграждане на умения за прилагане на сестрински процес от студентите в специалност „Медицинска сестра", Съюз на учените, Стара Загора, 2009, 26-28.

38. Български център за нестопанско право. Програмен и аналитичен център за европейско право, 2003. Хосписите в България и Европейския съюз, с.3;
39. Бъчварова, В. Хиперкоагулабилитет и кардиогенен тромбоемболизъм. Българска кардиология, София, 1996;(4),57-60.
40. Валентинова, Цв. Работа на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, акушерки, фелдшери, сп. Социална медицина, бр.3 2003, с. 40-41;
41. Вентафрида, В. Палиативните грижи-нова реалност в медицината. Въведение в палиативните грижи, Фондация „Борба с рака“, София, 1996, с. 3-7;
42. Василев, В., К. Рамшев, Ил. Врабчев. Сексуални смущения и някои промени в половите хормони при мъже, прекарали миокарден инфаркт, Военномедицинско дело, 1989,43(6),32-35.
43. Василев, С. Професионална адаптация и професионална кариера на младите лекари. Здравен мениджмънт, 2010,1(3), 18-22.
44. Василев, М. Тема за размисъл, сп.”Обществено възпитание”, бр.4/2001,с. 11-15;
45. Василева, Н., А. Терзиева. Грижи за емоционалното здраве на пациента, Интердисциплинарна гражданска академия – XXVII, Научно – технологична сесия – / сборник статии /, изд.“ТЕМТО“, София, 2011, с. 93-97;
46. Василева, Н., Ж. Геренова, Т. Попова, М. Димитрова. Специфични характеристики на пациента и влиянието им върху обучението на медицинските специалисти. Акад. сп. „Управление и образование“, Университет „Проф. Д-р Асен Златаров“, Бургас, т. XIII(5), 2017, с. 129 -133;
47. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика, София, 2003, 230.

48. Воденичаров, Ц., В. Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика, Горекс Прес, 1997, с. 22-24;
49. Воденичаров, Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова, Т. Димитров. Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия“. Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, с. 21-27;
50. Воденичаров, Ц., С. Попова. Социална медицина. Еко Принт, София, 2009, с. 69-71;
51. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика, Фалкор Консулт,София, 2006, 8;
52. Воронцова, Е., Я. Пшенникова и Ф. З. Меерсон. Влияние стресса на растяжимость, механизм старлинга и резистентность миокарда к гипоксии. Кардиология, 1982,22(11),68-71.
53. Гатева-Чакърова, Л. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Изд. ЛИК София, 2001, с. 154;
54. Георгиев, Б., Д. Попова. Какао и сърдечно-съдово здраве. Наука диететика,2011;(1), с. 21-26.
55. Георгиев, Б., Н. Гочева. MIBEFRADIL – Първият калциев блокер на Т-каналите. Необходимост от промяна на класификациите на калциевите антагонисти, Българска кардиология, 1996,2(4),47-50.
56. Георгиев, Б., Д. Попова. Храни и нутриенти за намаляване на здравния риск. Наука диететика, 2009;(2),17.
57. Георгиев, Б., Д. Попова. Храни и нутриенти за сърдечно-съдова превенция. Наука диететика, 2010,1(3),4.
58. Георгиев, Б., Д. Попова. Хранителна превенция и терапия на сърдечно-съдовите заболявания. Шоколад и превенция на сърдечно-съдов риск. Наука диететика, 2008;(1),6.
59. Георгиев, Л., М. Григоров. Сърдечна недостатъчност. МФ, София, 1984, 205.

60.Георгиева, Л. Исторически аспекти на средиземноморската диета и нейната връзка с ниските нива на смъртност от сърдечно-съдови и злокачествени заболявания, Наука диететика, 2009;(2),10.
61.Гочева, Н. Възможности на ехокардиографската методика в диагностиката на исхемичната болест на сърцето. Съвр. мед., 1985,36(3),27-30.
62.Григоров, Е. Проучване и фармакоикономическа оценка на профилактиката на рисковите фактори и терапията при ИБС, 2014. Дисертация.
63.Григоров, М., К. Рашков. Изследване реакцията на сърдечно-съдовата система и мозъчната активност при клинично здрави младежи в условията на психоемоционалния стрес, Военна мед., 1991;(4),27-29.
64.Григоров, М. Адаптация на сърдечно-съдовата система към екстремни натоварвания, Съвременна мед., 1990;(11),11-16.
65.Григоров, М. Артериална хипертония. – Сърдечно-съдови заболявания 2011;42(2),16-27.
66.Григоров, М., П. Коцев. Лечение на надкамерните аритмии посредством електродеструкция на атривентрикуларното съединение – ранни и отдалечени резултати, Съвременна мед., 1990;(6),30-33.
67.Григоров, М., П. Коцев и Н. Иванов. Възможности на ехокардиографията за оценка на миокардния контрактилитет при болни с исхемична болест на сърцето. Военно мед. дело, 1982,36(5-6),51-55.
68.Григоров, М. Спешна кардиология, Арсо, София, 1999, 12-18.
69.Груев, И., А. Тончева. Хиперурикемията като сърдечно-съдов рисков фактор. Мед. преглед, 2011;47(1),11-14.
70.Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, 2005, с.17-29

71. Даскалов, Т. Влияние на корватона върху газовия състав на алкално-киселинното равновесие на кръвта при болни от остър МИ. Проблеми на сърдечно съдовите заболявания, 1983, 11, 24-30.
72. Декерс, Кр., М. Жако, Кл.Маркстейн. Практически лекарствен справочнник по палиативна медицина. Изд.къща „Загер“, София, 1993, с. 25;
73. Деспотова-Толева, Л. Актуални аспекти на общата медицинска практика. Лакс Бук,
74. том III, 2009, с. 45-48;
75. Денчев, С, М. Матвеев. Хемодинамични ефекти, причинени от стенозиращата плака в коронарни съдове, довели до остър коронарен синдром. Съвр.мед., 1994,(2),3-7.
76. Денчев, С, С. Димитров, Р. Радославова и кол. Отдалечени резултати от коронарната ангиопластика, Българска кардиология, 1996,(4),21-23.
77. Джустини, А. Европейско дружество по ФРМ – перспективи и цели, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, София, 2009, 2, 18.
78. Димитров, Н. Въведение в научните изследвания. “Интелексперт 94”, 2013, с. 22;
79. Доросиев Д., Ив. Перчев, Д. Шишманова. Кардиологична рехабилитация – за кого и каква? Курортология и физиология. София, 1990, 1, 8-10.
80. Драганов, В. Тиха миокардна исхемия при исхемична болест на сърцето. Съвр. мед., 1990,40(6),8-10.
81. Дракър, П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21-ви век. София, Класика и стил, 2000, 15-18.
82. Дракър, П. Практика на мениджмънта. София, Класика и стил, 2001, 3-7.
83. Дулева, В. Диетологични подходи при хипертония. Наука диететика, 2008,(1),14.

84. Дякова, М., Л Спасов. Анализ на съвременните препоръки и стратегии за мениджмънта на сърдечносъдовите заболявания, сп. Здравен мениджмънт, 2008,(1),33-36.
85. Еленкова, А., Господинова М., Иванова Р. Честота, етиология и патогенеза на артериалната хипертония при захарен диабет, Българска кардиология, 1996,(4),51-56.
86. Желева, Ж., Т. Тодоров, Д. Карасташев. Следклинична Физическа рехабилитация на болни след МИ. Физикална, курортна и рехабилитационна медицина, 1994;33(3),8-9.
87. Жеков, А. Екипният подход в болничния мениджмънт. КП - София, 2009, с. 34;
88. Закон за здравето, ДВ бр. 46, 2005.
89. Закон за здравето, ДВ, бр. 23, 2020.
90. Закон за лечебните заведения. ДВ бр. 62, 1999, доп. бр. 8, 2023.
91. Златанова, Т., Р. Великова, Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия „Контакт 2011“, 24.06.2011, София, 114-120.
92. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, София, 2008, 211.
93. Златанова, Т. Нерешени проблеми в дейността на ОПЛ. Здравен мениджмънт, 2005, № 5, с. 4;
94. Златанова, Р. Мониторинг на здравето в първичната медицинска помощ. Здравен мениджмънт, 2005, № 5, с. 11;
95. Иванов, И. Основи на мениджмънта. Велико Търново, Абагар, 1999, 333.
96. Иванова, П. Етични аспекти на сестринската практика. Science & Technologies, Vol. I, № 1, 2011, с .170.

97. Иванова, Т., А. Димова, Г. Гарева. Качество на здравните услуги. В кн: Болничен мениджмънт. Под ред. на Л. Иванов и Ж. Големанова. София, НЦОЗ, 2005, 257-285.
98. Иваюшкин, И. Философия сестринского дела, в сборнике материалов семинара по этике, 28-29 апреля 1997, 28.
99. Илиева, А. Инсулиновата резистентност и хиперхомоцистеинемията в патогенезата на микроваскуларните усложнения при захарен диабет тип 2, 2013. Дисертация. Медицински университет – София.
100. Калоянова, А., Кр. Янкулова, М. Тошева, Ч. Начев. Психотерапевтично въздействие при болни с МИ. Психосоматична медицина, 1995,3(1),51-55.
101. Караславова, Е. Необходима ли е преоценка на настоящата рискова констелация за сърдечно-съдови заболявания – I част. – Наука Кардиология, 2008,(3),115-118.
102. Караславова, Е., М. Дякова, Т. Златанова, Д. Тодорова и П. Трендафилова. Няколко предложения за превенция на сърдечно-съдовите заболявания чрез обучение на населението и създаване на здравносъхраняваща околна среда. Сестринско дело, 2008,40(2),14-19.
103. Карастатев, Д. Психологични проблеми при рехабилитацията на болни от ИБС, Психосоматична медицина, 1994, 2, 55-59.
104. Карастатев, Д. Значение на клиничната физическа рехабилитация за близката и далечна прогноза на болни с МИ, София, МА, N 2215, 1981.
105. Кичуков, К. Хранене и сърдечно-съдови заболявания, Сърце-Бял дроб, 2003,9(3),3.
106. Крушков, Ив., И. Ламбев. Фармакотерапевтичен справочник, Арсо, 2000, 65-66.
107. Кусетасев, Г., П. Маринов. Заболеваемост и смъртност от сърд. съд. заболявания в Толбухенски окръг. Пробл. сърд. съд. забол., 7, 22-28.
108. Кънчев, М. Основи на управлението. Варна, Албатрос, 1991, 99-103.

109. Маринов, М. Качество на здравната помощ. В. Търново, Абагар, 1998, 11-13.

110. Маринова, П. Конфликти в здравеопазването, Възникване, причини и управление, Враца, ЕТ ”Тодоров-В”, 2002, 85.

111. Маринова, П. Сестрински теории, София, Филвест, 2002,.49-64.

112. Маркова, С., И. Стамболова, Г. Чанева. Автономност и отговорност в сестринската практика. Сестринско дело, 2001,33(2), 8-12.

113. Маркова, С., П. Цонов, И. Стамболова, Г. Чанева. Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, 2001,(1)35-36.

114. Машонов, Н. Клинични и експериментално-психологични проучвания върху невротичността при болни от МИ в период на рехабилитация, София,МА, N 3316, 1993.

115. Меерсон Ф., М. Г. Пшенникова, А. А. Уголев. Боль стресса в патогенезе ишемической болезни сердца. Кардиология, 1982,22(5) 54-61.

116. Мечков, К. Медицинска психология, В. Търново, 1995, 7-9.

117. Милотинова, И., А. Терзиева,Т. Попова. Информираност на медицинските специалисти относно приложението на „Фекална микробна терапия при рецидивиращи инфекции с „Clostridium difficile” 41 научно-технологична сесия, ИНГА, Сборник статии, изд.“ТЕМТО“, София , 2018, с. 76 – 79;

118. Милчева, Хр. От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2012, 33-36;

119. Митева, Кр. Дидактически тестове и учебни задачи за самоконтрол и самооценка по „клинична практика”, изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2010, с. 14;

120. Митова, М, С. Младенова. Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи, Артик – 2001, София, 2008, с. 45.
121. Мухина, С, И. Търновская. Теоретични основи на сестринските грижи, ИЦ на МУ – Плевен, 2006, с. 107-109.
122. Наредба №1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, ДВ. бр.15,18.02.2011г., изм. и доп. ДВ. бр.61 от 2 Август 2022 г., Чл. 3. (1)
123. Национален статистически институт на Република България. Население − данни, 2012. www.nsi.bg
124. Национална здравна стратегия "По-добро здраве за по-добро бъдеще на България", София, МЗ, 2001, 94-98.
125. Национална здравноосигурителна каса. Национален рамков договор 2012, Допълнителна разпоредба. www.nhif.bg
126. Начев, Ч. Диастолна и дисфункция на лява камера при болни със запазена и с намалена фракция на изтласкване след прекаран миокарден инфаркт. Съвр. мед. 1995, (1): 1-7.
127. Начев, Г. Ръководство по сърдечна хирургия, Първо издание, Академично издателство. С., проф. Марин Дринов, 2007, 56-58.
128. Николов, А. Клинико-имунологична връзка между промените в обмяната на еластин и колаген тип IV и съдовите увреждания при болни със захарен диабет тип 2 и артериална хипертония без органни усложнения. 2014. Дисертация. Медицински университет – Плевен.
129. Николова, П., Яръмлъкова. Значение на функционалната оценка при болни от ИБС в курортната кардиология. Физикална, курортна и рехабилитацион-на медицина, 1995,33(1): 28.
130. Оганов, Г., И. Фомин. Кардиология, Москва, Медицина, 2004, 36-39.

131. Пенков, Н. Дългосрочна прогноза при болни от нестабилна ангина пекторис, Вътрешни болести, 1990,(1): 51-56 .
132. Перчев, И. Кардиологична рехабилитация. Знание ЕООД, 2000, 3-5.
133. Петрова, Г. Предизвикателства пред медицинската сестра в процеса на промоция на здравето. Макрос, 2020, 54-62.
134. Петрова, Зл., В. Калайджиева, В. Младенова. Ръководство по мониториране на качеството в здравеопаването и медицински одит. Здравен мениджмънт, 2004, 3, 4.
135. Петрова, З., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. Хелт Медиа Груп, 2008, 1-7.
136. Петрова, Зл., В. Младенова, Л. Герзилова. Качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари. Здравен мениджмънт, 2004, 3: 33-37.
137. Попова Д. Селен и сърдечно-съдов риск. Хранене и диететика, 2010,(2):4.
138. Попова, С. Комуникация в сестринството – бариери за ефективна комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 63-68.
139. Попова, С. Развитие на сестринството – приоритетини въпроси. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 7-12.
140. Попова, С. Формиране на умения на пациента за справяне с психосоциални проблеми. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри. София, ГорексПрес, 2001, 133-137.
141. Попова, С., М. Александрова. Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, 133-137.

142. Пухлев А., М. Рашев и чл. – кор. проф. д-р В. Т. Цончев, Болести на сърдечносъдовата система, 2011,12-16.
143. Русева, Б., Селен и съдова стена – Наука диететика, 2011, (1),16- 20.
144. Славчев, С. Генетични фактори при исхемична болест на сърцето. Вътрешни болести, 1986, 25(3),12-19.
145. Стойкова-Вълова, Живка. СТ ангиографията при стратификация на болни с интермедиерен риск за ИБС. 2016. Дисертация. Медицински университет –Плевен.
146. Стамболова, И. Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, 2009, 13.
147. Стамболова, И. Сестрински грижи при соматични заболявания, София, Централна медицинска библиотека, Медицински университет, 2012, 26.
148. Стоичков, Б. Камерни аритмии, левокамерна хипертрофия и внезапна смърт, Българска кардиология, 1996, 2(4): 61-65.
149. Терзиева, А., Н. Василева, Е. Радев, Ж. Георгиева. Степен на информираност на пациентите потребители на здравни услуги относно хоспис – грижите. Сп. „Здраве и наука“, година V бр., 2, 2015, с. 24-27;
150. Терзиева, А., Н. Василева, С. Георгиева, К. Богданова. Екипност в палиативните грижи. Роля на медицинската сестра, Интердисциплинна гражданска академия – ИНГА, 35 научно-технологична сесия, Сборник статии, изд.“ТЕМТО“, С., 2015, с. 250 – 257;
151. Янкулова-Цветкова, Й. Модерни аспекти на психологията на образованието. Пропелер, 2006, с. 37
152. Тодорова, Д. Личностови диспозиции и сърдечно-съдови заболявания, 2004, 15-33.
153. Томов, И. Кардиология, Знание, 2003, 1, 68-73.
154. Томов, И., Н. Наумов. Ехографска диагностика на вътрешните болести. София, Мед. и физк., 1992, 45-50.

155. Томов, И. Инфаркт на миокарда. Българска национална академия по медицина. Знание 1999, 47-52.

156. Томов, И. Инфаркт на миокарда. Българска национална академия по медицина. Знание 1999, 70-75

157. Томов, И. Кардиология, Том II, Знание, 2003, 56-60.

158. Тончева, С., Борисова, С. Възможности за формиране на клинично мислене на медицинската сестра, Здравни грижи, 2005(4), 24-31.

159. Тончева, С., Борисова, С. Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, Социална медицина, 2004, 12(1),35-37.

160. Тончева, С., С. Борисова. Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, Социална медицина, 2004(1), 35-36.

161. Троянова П., Л. Първанова. Удовлетвореност на пациентите от предлаганите медицински услуги в болницата за активно лечение по онкология – ЕАД, Социална медицина, София, 2001, 4, 9-17.

162. Цонев Ц, Петкова П., Иванов Н. и сътр. Личностовият фактор “агресивност” като рисков фактор в кардиологията, 2006, 32-39.

163. Чанева, Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. София, Артик 2001, 2008, 7-12.

164. Чанева, Г. Български Червен Кръст, Учебно помагало „Семейна медицинска сестра” 2009, 10-12.

165. Чанева, Г., И. Стамболова. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи. Под ред. на С. Попова, София, Филвест, 2003, 79-83.

166. Чанева, Г., И. Стамболова. Управление на здравните грижи, 2003, 8.

167. Чанева, Г. Български Червен Кръст, Учебно помагало „Семейна медицинска сестра” 2009, 9-10.

168. Чернева, Жейна. Клинична оценка на нарушенията на гликемията и възпалението при пациенти с остър коронарен синдром. 2013. Дисертация. Медицински университет – София.

169. Чирков, Ал. Хирургия на сърцето и съдовете, Първо издание, Т. I и II, С., МИ, Арсо, 2002, 78-80.

170. Шипковенска, Е., Л. Георгиева, Г. Генчев. Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, София, Делфи, 2002, 22-25.

171. Шипковенска, Е. Сърдечно-съдов риск: проблем с много неизвестни (Sofia Heart Study), София, Филвест, 2004, 35-39.

172. Ades PA. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Hearth Disease. New Engl J Med 345, 2001: 892-902.

173. Alcohol and Public Health. www.cdc.gov/alcohol

174. Assessment and Management Of Cardiovascular Risk. Geneva 2007.

175. Attree, M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of " good" and "not so good" quality care, J Adv. Nursing, 2001,33(4),456-66.

176. Barrett-Connor EL, Cohn BA, Wingard DL, Edelstein SL. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? The Rancho Bernardo Study. JAMA 1991; 265 (5): 627-631.

177. Braunwald, E. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine, W.B.Saunder company, Philadelphia, London, Toronto, 1996, 65-68.

178. Bundhun PK, Yanamala CM, Huang F. Should a prolonged duration of dual antiplatelet therapy be recommended to patients with diabetes mellitus following percutaneous coronary intervention? A systematic review and meta-analysis of 15 studies. BMC Cardiovasc Disord 2016; 16(1): 161.

179. Banerjee AT, Boyle MH, Anand SS, Strachan PH, Oremus M. The relationship between religious service attendance and coronary heart disease and related risk factors in Saskatchewan, Canada. J Relig Health, 2014; 53(1): 141-156.

180. Bangalore S, Toklu B, Feit F. Outcomes with coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention for patients with diabetes mellitus: can newer generation drug-eluting stents bridge the gap? Circulation: Cardiovascular Interventions 2014; 7(4): 518-525.

181. Cardiovascular Disease and Risk Management. American Diabetes Association, Diabetes Care 2017; 40 (Supplement 1): 575-587.

182. Cavenaghi, S., Moura, S. C. G. D., Silva, T. H. D., Venturinelli, T. D., Marino, L. H. C., & Lamari, N. M. Importance of pre-and postoperative physiotherapy in pediatric cardiac surgery. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 24(3), 2009: 397-400.

183. Cerasola G, Nardi E, Palermo A, Mulè G, Cottone S. Epidemiology and pathophysiology of left ventricular abnormalities in chronic kidney disease: a review. J Nephrol 2011; 24(1): 1-10.

184. Cordeiro, A. L. L., Melo, T. A. D., Neves, D., Luna, J., Esquivel, M. S., Guimarães, A. R. F., ... & Petto, J. Inspiratory Muscle Training and Functional Capacity in Patients Undergoing Cardiac Surgery. Brazilian journal of cardiovascular surgery, 31(2), 2016: 140-144.

185. Chen J, Chen Y, Tian F, Han Y, Jing J, Liu J, Wang J, Zhou S. Predictors of in-stent restenosis in coronary heart disease patients complicating with diabetes mellitus within 2 years after drug-eluting stents implantation. Chung-Hua Hsin Hsueh Kuan Ping Tsa Chih [Chinese J Cardiol] 2014; 42(1): 14-18.

186. Cilia LC, Carter, AM, Turner, AJ, Grant PJ, Hooper NM. The bradykinin-degrading aminopeptidase P is increased in women taking the oral contraceptive pill. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst 2008; 9: 221-225.

187. Dalby AJ, Gottlieb S, Cyr DD, Magnus E, McGuire DK, Ruzyllo W, Bhatt DL, Wiviott SD, Winters KJ, Fox KAA, Armstrong PW, White HD, Prabhakaran D, Roe MT. Dual antiplatelet therapy in patients with diabetes

and acute coronary syndromes managed without revascularization. Am Heart J 2017; 188: 156-166.

188. Daly C, Clemens F, Lopez JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, Delahaye F, Gitt A, Julian D, Mulcahy D, Ruzyllo W, Thygesen K, Verheugt F. Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. Circulation 2006; 113: 490-498.

189. Dandona P. Effects of antidiabetic and antihyperlipidemic agents on C-reactive protein. Mayo Clin Proc 2008; 83: 333-342.

190. Dawson J, Quinn T, Walters M. Uric acid reduction: a new paradigm in the management of cardiovascular risk? Curr Med Chem 2007; 14(17): 1879-1886.

191. Egred M, Viswanathan G, Davis GK. Myocardial infarction in young adults. Postgrad Med J 2005; 81: 741-745.

192. ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization. Eur Heart J 2019; 40 (2):87.

193. Eun JH, Yookyung K, Joo Yeon C, Sung ShSh. Coronary artery disease in asymptomatic young adults: its prevalence according to coronary artery disease risk stratification and the CT characteristics. Korean J Radiol 2010; 11: 425-432.

194. Fang J, Shaw KM, Keenan NL. Prevalence of coronary heart disease--United States, 2006-2010. Centers for Disease Control and Prevention 2011; 60: 1377-1381.

195. Fox CS. Cardiovascular disease risk factors, type 2 diabetes mellitus, and the Framingham Heart Study. Trends Cardiovasc Med. 2010; 20(3):90-5.

196. Feltrim, M. I. Z., Jatene, F. B., & Bernardo, W. M. Em pacientes de alto risco, submetidos à revascularização do miocárdio, a fisioterapia respiratória pré-operatória previne as complicações pulmonares?. Revista da Associação Médica Brasileira, 53(1), 2007: 8-9.

197. Gao N, Yuan Z, Tang X, Zhou X, Zhao M, Liu L, Ji J, Xue F, Ning G, Zhao J, Zhang H, Gao L. Prevalence of CHD-related metabolic comorbidity of diabetes mellitus in Northern Chinese adults: the REACTION study. J Diabetes Complications 2016; 30(2): 199-205.

198. Garcia M, Mulvagh SL, Merz CN, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women Clinical Perspectives. Circulation Research 2016; 118: 1273-1293.

199. Garrett CR, Gask LL, Hays R, Cherrington A, Bundy C, Dickens C, Waheed W,

Coventry PA. Accessing primary health care: a meta-ethnography of the experiences of British South Asian patients with diabetes, coronary heart disease or a mental health problem. Chronic Illn 2012; 8(2): 135-155.

200. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. Am Heart J 2012; 164(4): 591-599.

201. Hamm C, Bassand JP, Agewall S, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) Eur Heart J 2011, first published online August 26, 2011. doi:10.1093/eurheartj/ehr236.

202. Hoffman DM, Tranbaugh RF. Interventions for coronary artery disease (surgery vs angioplasty) in diabetic patients. Endocrinology & Metabolism Clinics of North America 2014; 43(1): 59-73.

203. Holme I, Aastveit AH, Hammar N, Jungner I, Walldius G. Uric acid and risk of myocardial infarction, stroke and congestive heart failure in 417,734

men and women in the Apolipoprotein MOrtality RISk study (AMORIS). J Internal Med 2009; 266(6): 558.

204. Hulzebos, E. H., Helders, P. J., Favié, N. J., De Bie, R. A., de la Riviere, A. B., & Van Meeteren, N. L. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. Jama, 296(15), 2006: 1851-1857.

205. Israni AK, Snyder JJ, Skeans MA, Kasiske BL. Clinical diagnosis of metabolic syndrome: predicting new-onset diabetes, coronary heart disease, and allograft failure late after kidney transplant. Transpl Int 2012; 25(7): 748-757.

206. Kam R, Cutter J, Chew SK, Tan A, Emmanuel S, Mak KH, Chan CN, Koh TH, Li YL. Gender differences in outcome after an acute myocardial infarction in Singapore. Singapore Med J 2002; 43: 243-248.

207. Lee MS, Flammer AJ, Li J, Lennon RJ, Singh M, Holmes DRJ, Rihal CS, Lerman A. Time-trend analysis on the Framingham risk score and prevalence of cardiovascular risk factors in patients undergoing percutaneous coronary intervention without prior history of coronary vascular disease over the last 17 years: a study from the Mayo Clinic PCI registry. Clinical Cardiology 2014; 37(7): 408-416.

208. Liistro F, Angioli P, Grotti S, Brandini R, Porto I, Ricci L, Tacconi D, Ducci K, Falsini G, Bellandi G, Bolognese L. Impact of critical limb ischemia on long-term cardiac mortality in diabetic patients undergoing percutaneous coronary revascularization. Diabetes Care 2013; 36(6): 1495-1500.

209. Madsen TE, Khoury J, Alwell K, Moomaw CJ, Rademacher E, Flaherty ML, Woo D, Mackey J, De Los Rios La Rosa F, Martini S, Ferioli S, Adeoye O, Khatri P, Broderick JP, Kissela BM, Kleindorfer D. Sex-specific stroke

incidence over time in the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. Neurology 2017; 89: 990-996.

210. Mohareb MW, Abd Elghany M, Sabry NA, Farid SF. The impact of a 600-mg loading dose of clopidogrel in diabetic and non-diabetic patients undergoing elective PCI. Minerva Cardioangiologica 2016; 64(4): 375-382.

211. Mondesir FL, Brown TM, Muntner P, Durant RW, Carson AP, Safford MM, Levitan EB. Diabetes, diabetes severity, and coronary heart disease risk equivalence: REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke. Am Heart J 2016; 181: 43-51.

212. Norhammar A, Bodegard J, Nystrom T, Thuresson M, Eriksson JW, Nathanson D. Incidence, prevalence and mortality of type 2 diabetes requiring glucose-lowering treatment, and associated risks of cardiovascular complications: a nationwide study in Sweden, 2006-2013. Diabetologia 2016; 59: 1692-1701.

213. Nozue T, Yamamoto S, Tohyama S, Fukui K, Umezawa S, Onishi Y, Kunishima T, Sato A, Nozato T, Miyake S, Takeyama Y, Morino Y, Yamauchi T, Muramatsu T, Hibi K, Terashima M, Michishita I. Low serum docosahexaenoic acid is associated with progression of coronary atherosclerosis in statin-treated patients with diabetes mellitus: results of the treatment with statin on atheroma regression evaluated by intravascular ultrasound with virtual histology (TRUTH) study. Cardiovascular Diabetology 2014; 13: 36-48.

214. Oktay AA, Shah SJ. Current perspectives on systemic hypertension in heart failure with preserved ejection fraction. Current Cardiology Reports 2014; 16(12): 545.

215. Onat A, Can G, Cicek G, Ayhan E, Dogan Y, Kaya H. Fasting, non-fasting glucose and HDL dysfunction in risk of pre-diabetes, diabetes, and coronary disease in nondiabetic adults. Acta Diabetologica 2013; 50(4): 519-528.

216. Onat A, Coban N, Can G, Yuksel M, Karagoz A, Yuksel H, Ademoglu E, Erginel-Unaltuna N. Low "quotient" Lp(a) concentration mediates autoimmune activation and independently predicts cardiometabolic risk. Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes 2015; 123(1): 11-18.
217. Oppaly M. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Obesity and Overweight 2018. 25(3): 292-302.
218. Parrinello CM, Matsushita K, Woodward M, Wagenknecht LE, Coresh J, Selvin E. Risk prediction of major complications in individuals with diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Diabetes, Obesity and Metabolism 2016; 18(9): 899-906.
219. Petrie JR, Guzik TJ, Rhian M. Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Canadian Journal of Cardiology 2018; 34(5): 575-584.
220. Piccolo R, Eitel I, Galasso G, Dominguez-Rodriguez A, Iversen AZ, Abreu-Gonzalez P, Windecker S, Thiele H. 1-Year Outcomes With Intracoronary Abciximab in Diabetic Patients Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention. JACC 2016; 68(7): 727-738.
221. Ragnar P, Uptal DP. Cardiovascular Complications of Diabetic Kidney Disease. Advances of Chronic Kidney Disease 2014; 21(3): 273-280.
222. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. N Engl J Med 2000; 342: 836-843.
223. Ridker PM. Clinical Application of C-Reactive Protein for Cardiovascular Disease Detection and Prevention. Circulation 2003; 107: 363-369.
224. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. Cochrane Database Systematic Reviews 2015; 8: 1-24.

225. Sameer B, Michael EF, Whady H, May O, George D, Lansky A, Cohen D, Elizabeth AM, Krishnan R, Jean-Francois T, Muratov V, Lynn AS, Domanski M, Michel EB, Valentin F. The FREEDOM Trial: Clinical and Angiographic Profile at Study Entry. American Heart Journal 2015; 164 (4): 591-599.

226. Shakouri, S. K., Salekzamani, Y., Taghizadieh, A., Sabbagh-Jadid, H., Soleymani, J., Sahebi, L., & Sahebi, R. Effect of respiratory rehabilitation before open cardiac surgery on respiratory function: a randomized clinical trial. Journal of cardiovascular and thoracic research, 7(1), 2015: 13.

227. Siepmann DB, Mann NC, Hedges JR, et al. Association between prepayment systems and emergency medical services use among patients with acute chest discomfort syndrome. For the Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Study. Ann Emerg Med. 2000 Jun;35(6):573-8.

228. Zheng J, Cheng J, Zhang Q, Qi C, Wang T, Xiao X. Association Between Glycosylated Hemoglobin Level and Cardiovascular Outcomes in Diabetic Patients After Percutaneous

Coronary Intervention. Medicine (Baltimore) 2016; 95(19): 1-7.

229. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003; 24:28–66.

Публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Иванова Д.** Поведение и отговорност на специалистите по здравни грижи при пациенти с хирургични заболявания. Сестринско дело, 54, 2022, № 3, 21-25. ISSN 1310-7496
2. Василева В., **Д. Иванова**. Роля на медицинските сестри в обучението на диализни пациенти, очакващи бъбречна трансплантация. Сестринско дело, 54, 2022, № 3, 59-65. ISSN 1310-7496
3. **Ivanova D.** Nursing Care Planning and Approach in Patients With Acute Myocardial Infarction. Состояние здоровья: медицинские, социальные и психологические аспекты, 2022, с. 31-36. ISBN 978-5-9293-3133-6
4. **Иванова Д.** Готовност и съгласие на пациентите за участие в обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“. Здравни грижи, 2022, № 4, 5-9.
   ISSN 1312-2892
5. Василева В., **Д. Иванова**. Значение на моделите за сестрински грижи в подготовката на здравните професионалисти. Варненски медицински форум, т.11, 2022, приложение 2, 418-422.

Приложения

Приложение № 1

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анонимно анкетно проучване относно медико-социалните фактори свързани със Сърдечно-съдови заболявания

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. **Посочете Вашият пол……**
2. **Посочете Вашата възраст …….....**
3. **Посочете Вашето семейно положение:**

   А/ семеен **В/ разведен/а**

   Б/ несемеен **Г/ овдовял/а**
4. **Имате ли информация за Сърдечно-съдови заболявания на родителите Ви и какви?**

   А/ Да

   Б/ Не

   В/ Нямам информация
5. **Посочете начина на насочване за хоспитализация**

   А/ от общопрактикуващ лекар **В/ от Кардиолог**

   Б/ от друга болница **Г/ самонасочил/а се**

6. **По какъв начин бяхте транспортиран/а до болничното заведение**

   А/ по време на контролен преглед

   Б/ от Център за спешна медицинска помощ

   В/ друг транспорт

7. **Посочете времето на престой в Клиника по Кардиология**

   А/ до три дни **В/ между 8-15 дни**

Б/ между 4 и 7 дни **Г/ над 15 дни**

8. Информирани ли сте относно Сърдечно-съдовите заболявания?

А/ Да

Б/ Не

В/ Отчасти

9. По какъв начин сте се информирали за Сърдечно-съдовите заболявания?

А/ От личен лекар

Б/ От близки и познати

В/ Други източници

10. Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията от Сърдечно-съдовите заболявания?

А/ Напълно съм информиран/а

Б/ Не съм информиран/а

В/ Отчасти имам информация

11. Посочете Вашето местоживеене

А/ гр. София и София област **В/ Югозападен район**

Б/ Северозападен район **Г/ Южен централен район**

Приложение № 2

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анонимно анкетно проучване относно начина на живот на пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. Измервате ли редовно кръвното си налягане?

А/ Да **Б/ Не**

2. Имате ли поставена диагноза артериална хипертония?

А/ Да **Б/ Не**

3. Получавали ли сте хипертонични кризи?

А/ Да **Б/ Не**

4. Имате ли някакво придружаващо заболяване ?

А/ Захарен диабет

Б/ Артериална хипертония

В/ Друго

5. Посочете месеца през който сте получили сърдечен пристъп?

А/ Януари **В/ Ноември**

Б/ Февруари **Г/ Декември**

6. По колко пъти дневно се храните?

А/ Един път дневно **В/ Три пъти дневно**

Б/ Два пъти дневно **Г/ Четири пъти дневно**

7. Какви кулинарни технологии прилагате при приготвяне на храната?

А/ Чрез пържене **В/ Чрез варене**

Б/ Варене, печене **Г/ Печене**

Приложение № 3

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анонимно анкетно проучване относно основните рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. **Преживяли ли сте някоя от посочените стресови ситуации през последната една година?**
   - **А/ Загуба на близък /смърт или развод/**
   - **Б/ Загуба или промяна на работно място**
   - **В/ Друга стресова ситуация**
   - **Г/ Промяна на местоживеенето**
2. **Професията Ви свързана ли е с психическо напрежение и стрес?**
   - **А/ Да** **Б/ Не**
3. **Какво е теглото Ви?**
   - **А/ Нормално**
   - **Б/ Наднормено**
   - **В/ Поднормата**

Посочете теглото си в килограми ……. и телесната височина / ……...

4. **Боледувате ли от захарен диабет?**
   - **А/ Да** **Б/ Не**
5. **Пушите ли?**
   - **А/ Да** **Б/ Не**

6. Употребявате ли редовно алкохол?

А/ Да Б/ Не В/ Не употребявам

7. Какъв алкохол употребявате, ако отговора на предходния въпрос е „Да”?

А/ Концентриран алкохол

В/ Бира

Б/ Вино

8. Кога за първи път почувствахте болка в сърдечната област?

А/ Преди една седмица

В/ Преди две седмици

Б/ Преди един месец

9. В какъв момент настъпи сърдечната болка?

А/ Внезапно през нощта

Б/ След психическо напрежение

В/ След някое физическо натоварване

Г/ След хранене

10. Къде почувствахте болка?

А/ **Стягане в гърдите**

Б/ **Притискане зад гръдната кост** ***В/*** **схващане на шията**

Г/ **Друга част на тялото**

11. Каква беше според Вас силата на болката?

А/ **Нетърпима**

Б/ **Остра**

В/ **силна**

Приложение № 4

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги, моля за Вашето участие в анонимно анкетно проучване относно осъществяването на контрол и оценка на здравните грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие!

1. **Считате ли, че съществуващата организация позволява спешно започване на лечението и грижите за пациентите, приети в болницата със Сърдечно – съдови заболявания:**

а/ да, организацията позволява много бързо пациента да бъде приет и да започне лечението

б/ организацията само отчасти позволява много бързо да бъде приет пациента в болничното отделение

в/ съществуващата организация не позволява да се осигури бързина и спешност при приемането и лечението на тези пациенти

2. **Организацията на грижите позволява ли да се документират всички грижи и дейности, които извършвате за пациентите със Сърдечно – съдови заболявания:**

а/ да, всички дейности и грижи се документират

б/ само основните дейности и грижи

в/ по-голямата част от извършваните грижи не се документират

3. **Организацията на грижите в клиниката позволява ли непрекъснато наблюдение на пациента?**

а/ да, напълно

б/ само отчасти

в/ не

4. Регламентирани ли са ясно показателите за наблюдение на общото

състояние на пациентите?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

5. Достатъчно ефективна ли е организацията, създадена за болнично лечение на пациентите със Сърдечно – съдови заболявания, като се има предвид, че пациентите се приемат по спешност, а след това преминават през интензивно лечение, и др. за изключително кратък период:

а/ да

б/ отчасти

в/ не

Посочете Вашето мнение по проблема:

6. Считате ли, че при създадената организация отделяте значително много време за попълване на документи на ръка?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

7. **Посочете колко време отделяте за попълване на документацията на**

дежурство:

а/ до 30 минути

б/ до 1 час

в/ над 1 час

8. **Позволява ли, съществуващата в момента организация, изработването на план за сестрински грижи, по който да се ръководят медицинските сестри при осъществяване на грижите?**

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

9. **Считате ли, че сте напълно подготвени и обучени за осъществяване**

на сестрински грижи за пациентите със Сърдечно – съдови заболявания за всички етапи на болничния престой на пациента?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

10. **Считате ли, че е необходима промяна в организацията на грижите**

за пациентите със Сърдечно – съдови заболявания, която да отразява приоритетите на спешното, интензивното, оперативното и терапевтичното лечение на тези пациенти?

а/ да, напълно б/ отчасти в/ не

Приложение № 5

ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА

Уважаеми, колеги предлагаме Ви да извършите експертна оценка за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания на базата на предложения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Благодарим Ви за оказаното съдействие и подкрепа и за изразеното от Вас професионално мнение!

Можете да изразите свободно Вашето мнение.

1. **Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст**

а/ до 30 г.

б/ от 31 до 40 г.

в/ от 41 до 55 г.

г/ над 55 г.

1. **Разпределение на анкетираните по трудов стаж**

а/ до 6 г. трудов стаж

б/ от 7 до 15 г.

в/ от 16 до 30 г.

г/ над 30 г. трудов стаж

2. **Според Вас налице ли са регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ**

а/ Да

б/ Не

в/ Отчасти

3. Необходимост от допълнителна квалификация

а/ Да

б/ Не

в/ Отчасти

4. Наличие на фактори затрудняващи дейностите на медицинските сестри при пациенти със ССЗ

а/ Недостиг на персонал

б/ Недостиг на консумативи

в/ Нарушеният психо-социален климат

г/Липса на съвременна материално-техническа база

5. Готовност и умения на медицинските сестри за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ

а/ Да

б/ Не

в/ Отчасти

6. Отделяне на значително време за попълване на документация на ръка

а/ Да

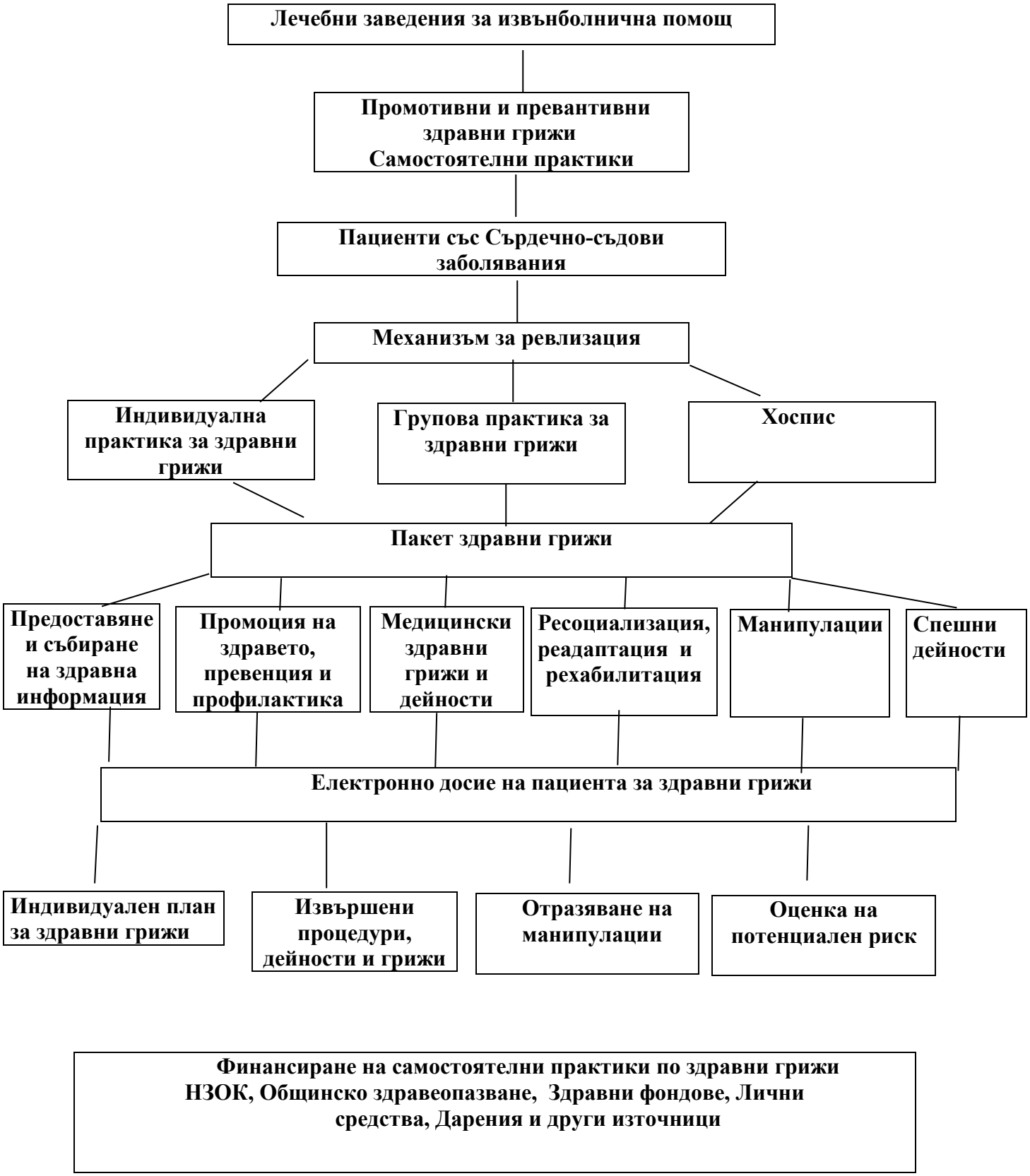
б/ Не

в/ Отчасти

7. Намаляване ангажираността на медицинските сестри при въвеждане на ефективна информационна система

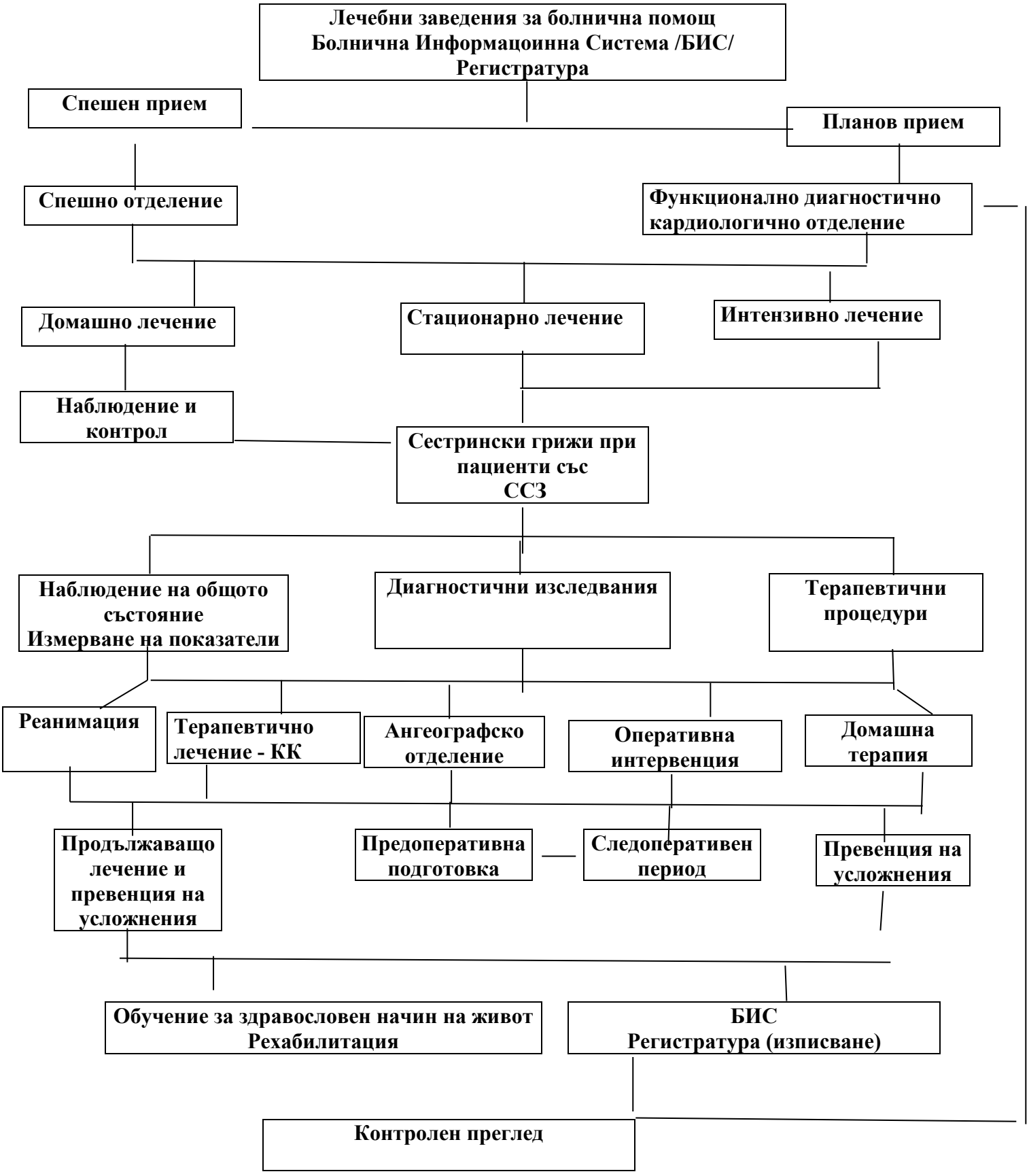
а/ Да **б/ Не** **в/ Отчасти**

Приложение № 6 Схематичен модел на сестринския подход за промотивни и превантивни здравни грижи



Приложение № 7

Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания



Приложение № 8 Организация на здравните грижи при наблюдение на общото състояние, измерване на показатели при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Наблюдение на общото състояние
Измерване на показатели

1. Наблюдение, контрол и поведение на медицинската сестра при пациенти на монитор
2. Подготовка на болен и извършване на електрокардиография
3. Сестрински грижи при изследване и регистриране на артериалното налягане, артериална хипертония и хипертонична криза
4. Сестрински грижи, свързани с изследване на пулса на пациента
   (брадикардия, тахикардия, камерна тахикардия, синусова тахикардия, пароксизмална тахикардия)
5. Сестрински грижи при измерване, изследване и регистриране на дишането.
6. Кислородолечение, сестринска техника.
7. Сестринска техника при измерване и регистриране на телесната температура
8. Сестрински грижи при измерване на диуреза и относително тегло
9. Подготовка и извършване на катетеризация на пикочен мехур при жена
10. Сестрински грижи, свързани с изследване на дефекацията
11. Хигиенни грижи за пациентите със ССЗ
12. Тоалет против декубитус
13. Хигиенни грижи за леглото на болния
14. Диетично хранене при пациенти със ССЗ
15. Оценка на болката- скала за оценка на интензивността на болката
16. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели
17. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
18. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Приложение № 9 Организация на здравните грижи за диагностични изследвания при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Диагностични изследвания

1. Правила при вземане, изпращане и транспорт на кръв за лабораторни изследвания
2. Асистиране на медицинската сестра при определяне на кръвни групи
3. Сестринска интервенция и поведение при вземане на кръв за алкално -киселинно равновесие от артериална канюла
4. Планиране на назначените изследвания и консултации
5. Поведение на медицинската сестра при неинвазивни методи на изследване
6. Поведение на медицинската сестра при инвазивни методи на изследване
7. Подготовка на пациента при коронарна ангиография
8. Поведение на медицинската сестра и здравни грижи за пациенти в деня на извършване на инвазивно изследване на коронарните съдове с имплантиране на стент
9. Подготовка и поведение на медицинската сестра при отстраняване на артериално дезиле
10. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
11. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Приложение № 10 Организация на здравните грижи за провеждане на терапевтични процедури при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Терапевтични процедури

1. Сестринска техника при поставяне и поддържане на периферен венозен източник (абокат)
2. Сестринска дейност при подготовка, поставяне и поддържане на централен венозен път
3. Поведение на медицинската сестра при венозно вливане и перфузионна терапия
4. Извършване на назначената лекарствена терапия – начини и правила за приложение на лекарствени средства
5. Инжекционно приложение на лекарства. Подготовка за инжектиране, аспириране на лекарствени средства от ампула, флакон и банка
6. Поведение на медицинската сестра при въвкожна инжекция. Кожно диагностични проби за чувствителност
7. Подкожна инжекция. Поведение на медицинската сестра
8. Поведение на медицинската сестра при подготовка и поставяне на мускулна инжекция
9. Венозна инжекция – правила и техника
10. Инсулинотерапия
11. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
12. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели