ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одно из основных заболеваний человека, значительно ухудшающее качество жизни и приводящее к летальному исходу. Статистические исследования свидетельствуют о том, что более 50% населения в возрасте от 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В России, по данным разных авторов, ежегодно ишемическая болезнь сердца диагностируется у 2,8-5,8 млн. человек, смертность же составляет до 30% общей.

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) - заболевание, которое может закончиться выздоровлением больного без вмешательства врачей, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все их усилия. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, судьба которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения.

Самой опасной является ранняя фаза заболевания - первые часы, когда высок риск остановки сердца. Своевременная и адекватная медицинская помощь при ОИМ заключается в максимально раннем проведении процедуры тромболизиса, оптимально в течение первого часа от возникновения симптомов. Госпитализация пациента должна осуществляться в кардиореанимационное отделение, обладающее возможностью проведения ангиопластики и стентирования коронарных артерий. Чем раньше будет восстановлен кровоток в сосуде, тем больше шансов на благоприятный исход. Между тем, если симптомы заболевания нетяжелы или нетипичны, может пройти несколько часов, пока пациент обратится за помощью.

Объект исследования острый инфаркт миокарда, как самостоятельная нозологическая единица и больные острым инфарктом миокарда.

Цель исследования - максимально полно изучить теоретические основы острого инфаркта миокарда, роль сестринского ухода и леченибно-диагностических, реабилитационных мероприятий при инфаркте миокарда

Главной задачей исследования является

. рассмотреть новые методы в оказании лечений и сестринского ухода при ОИМ. Так же показать необходимость тромболитической терапии в первые часы заболевания.

. рассмотреть основные факторы риска при инфаркте миокарда

. рассмотреть клинику и осложнение

. раскрыть принципы первичной медицинской помощи на дому и в стационаре при Инфаркте миокарда

. дать описанием методам обследования и подготовки к ним

. рассмотреть лечебные и профилактические мероприятия

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Определение, этиология и патогенез инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда это неотложное состояние, обусловленное нарушением иннервации участков мыщц, в результате которых нарушается кровообращение сердца, сообразованием гибели клеток сердца, при этом образуя некроз

.2 Этиология и патогенез

Инфаркт миокарда может рассматриваться как осложнение различных заболеваний, сопровождающихся острой коронарной недостаточностью. Закупорка коронарной артерии тромбом (коронаротромбоз) или эмболией возможна при эндокардите, при некоторых пороках сердца, осложненных внутриполостным тромбозом, при коронарите, в частности при системных артериитах, и др. Наиболее часто инфаркт миокарда развивается у больных с атеросклерозом коронарных артерий, существенно влияя на прогноз для жизни и трудоспособность людей с этой весьма распространенной патологией. На этом основании в современных классификациях инфаркт миокарда рассматривается как самостоятельная болезнь - острая и наиболее тяжелая форма ишемической болезни сердца.

Некроз участка сердечной мышцы при инфаркте миокарда всегда обусловлен гипоксией, возникающей вследствие ишемии из-за прекращения кровотока по артерии, снабжающей кровью данный участок. В большинстве случаев патогенез закупорки артерии совпадает с патогенезом тромбоза сосуда на изъязвленной поверхности фиброзной атеросклеротической бляшки Установить, какие внешние факторы привели к развитию инфаркта миокарда у конкретного больного, удается не всегда. В ряде случаев Инфаркт миокарда развивается после чрезвычайного физического или психоэмоционального напряжения. В обоих случаях его возникновению способствуют усиленная работа сердца и выброс в кровь гормонов надпочечников, сопровождающийся активизацией процессов свертывания крови. При усилении работы сердца повышается потребность сердечной мышцы в кислороде, а турбулентное движение крови в зоне имеющейся атеросклеротической бляшки, повышенная свертываемость крови способствуют образованию тромба на участке сужения артерии, особенно если поверхность атеросклеротической бляшки изъязвлена.

Всасывание в кровь продуктов некротизированного миокарда, которые воспринимаются иммунной системой как чужеродный белок, может быть причиной образования аутоантител и развития аутоиммунной реакции в форме так наз. постинфарктного синдрома.

### .3 Развитие инфаркта миокарда

Всегда сопровождается нарушением насосной функции сердца. Если некроз миокарда очень обширен, он может стать причиной острой левожелудочковой сердечной недостаточности, кардиогенного шока и смерти через несколько минут или часов после прекращения кровотока по коронарной артерии. Чаще внезапная смерть в острой стадии заболевания наступает от фибрилляции желудочков Патогенетические предпосылки для появления различных аритмий при инфаркте миокарда возникают вследствие нарушения последовательности распространения возбуждения по миокарду (по некротизированным участкам возбуждение не распространяется). Кроме того, электрическая нестабильность миокарда вокруг зоны некроза способствует возникновению здесь очагов спонтанного возбуждения, служащих источниками экстрасистолии, пароксизмальной желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков.

### 1.4 Патологическая анатомия инфаркта миокарда

В подавляющем большинстве случаев инфаркт миокарда обнаруживается в левом желудочке сердца. Если смерть больного наступила через несколько часов или суток после прекращения кровотока по коронарной артерии, то в миокарде отчетливо выявляется зона ишемического некроза с неправильными очертаниями и кровоизлияниями по периферии. Микроскопически обнаруживаются очаги разрушения мышечных волокон, окруженные скоплениями лейкоцитов. С четвертого дня заболевания в участках некроза появляются фибробласты - родоначальные клетки соединительной ткани, которая постепенно развивается,. образуя вначале нежный, а к концу 2-го месяца заболевания плотный рубец. Формирование рубца полностью завершается примерно через 6 мес. от начала заболевания - постинфарктный кардиосклероз. Некроз может охватывать всю толщину миокарда на пораженном участке (трансмуральный инфаркт) или располагается ближе к эндокарду или эпикарду; возможны изолированные инфаркты межжелудочковой перегородки сосочковых мышц. Если некроз распространяется на перикард, имеются признаки фибринозного перикардита. На поврежденных участках эндокарда иногда выявляются тромбы, которые могут быть причиной эмболии артерий большого круга кровообращения. При обширном трансмуральном инфаркте миокарда стенка сердца в зоне поражения нередко растянута, что указывает на образование аневризмы сердца. Из-за непрочности некротизированной сердечной мышцы в зоне инфаркта возможен ее разрыв; в таких случаях обнаруживается массивное кровоизлияние в полость перикарда или прободение (перфорация) межжелудочковой перегородки.

Факторами, располагающим патологическому процессу, является

. малоподвижность и неправильное питание

. нехватка кислорода в крови

. психологические, эмоциональные, физиологические сильные нагрузке. переживания, страха, горе.

. злоупотребление алкоголя, курение, наркомания

Самой частой причиной является холестериновые бляшки которые находятся в коронарных сосудов и прикрепляется к стенки. при этом растет и в некоторых времени отрывается образуется внутрисосудистую трещину, куда прикрепляется тромбоциты и не которые жировые клетки, где растет образовавшийся тромб. и закрывает коронарный просвет. при этом нет доступа кислорода к сердечным мышцам, что приводит к нарушению работы сердца, и мышечной ткани, вследствие чего образуется некроз сердечной мышцы

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

. по глубине:

1.1. трансмуральный -это когда некроз стенки сердца обширный

1.2. мелкоочаговый

. по клиническому течению:

.1. не осложненный

.2. осложненный

. по формам инфаркта миокарда

.1. астматический вариант

.2. абдоминальный вариант

.3. аритмический вариант

.4. церебральный вариант

. по осложнению

.1. экстрасистолическая аритмия

.2. синусовая аритмия

.3. мерцательная аритмия

.4.аритмический шок

.5. кардиальный шок

.6. острая сердечная недостаточность

.7. аневризм сердца

.8. разрыв межжелудочковой перегородки

.9 топанада

### .5 Клинические симптомы и течение инфаркта миокарда, предвестники инфаркта миокарда

### 1. постоянное повышенное артериальное давление

### 2. отеки вечернее время на ногах

### . холодный обильный пот на лице

### . головокружение и обморочное состояние

### . тошнота иногда рвота

### . боль в грудной области иррадиирущая в левую рук, ногу, плечо, лапотку, шею, нижнюю челюсть, иногда боли в спине и животе ( которые купируются сначала валидолом, и нитроглицерином.

Острому инфаркту миокарда обычно предшествует стенокардия разной длительности течения, которая незадолго до развития инфаркта миокарда часто приобретает прогрессирующий характер: приступы ее учащаются, возрастает их продолжительность, они плохо купируются нитроглицерином. В ряде случаев инфаркт миокарда развивается внезапно у больных без клинически проявлявшегося заболевания сердца. Однако тщательный расспрос нередко позволяет и в подобных случаях установить, что за несколько дней до инфаркта миокарда самочувствие больного ухудшилось: отмечались быстрая утомляемость, слабость, снизилось настроение, возникли неопределенные неприятные ощущения в грудной клетке (дискомфорт).

### Объективно: бледность кожных покровов с холодным обильным липким потом на лице, цианоз губ, отдышка при малой физической нагрузки или покоя. Перкуссия: левая граница сердца увеличена. Аускультации: ослабление 1 или 2 тона, слабый систолический шум, сердцебиение, иногда слышны тоны галопом. появляется лихорадка, которая держится 3 дня температура 37-38 в общей клиническом анализе обнаружены лейкоцитоз, который держится 7 дней 10-12\*10 в литре крови, ускоренная СОЭ,

### Острый период, который делится на основные формы

### . абдоминальная форма. протекает по типу патологии ЖКТ с болями в поджелудочную области, в животе, с тошнотой, рвотой. чащ всего гастралгическая форма инфаркта миокарда встречается при инфаркте задней стенки левого желудочка.

### . астматическая форма: начинается с сердечной астмы и провоцирует отек легких как исход. боли могут отсутствовать. астматическая форма встречается чаще у пожилых людей с кардиосклерозом или при повторном инфаркте, или при очень обширных инфарктах

### . аритмическая форма главный признак пароксизмальная тахикардия, болевой синдром может отсутствовать

### . цереброваскулярная - сопровождается виде обморока и инсульта

### . экстракардиальная форма -боли начинаются с правой половины грудной области, на правую руку, лопатку, переходящая в левую руку, плече, лопатку, спину, нижней и верхней челюсти, но нет боли в левой половине грудной клетки

### . без симптомная - протекает тиха и без заметно что приводит летальность

### А также инфаркт миокарда делиться на периоды

### болевой или ишемический период составляет 2 суток. у пациента наблюдается нарушение ритма сердца, падение ад, на третьи сутки лихорадка, изменение анализов крови. пациент всегда нужен покой и постельный режим. Объективно в этот период можно найти увеличение а потом уменьшение ад, увеличение частоты сердечных сокращений, при аускультации иногда слышны патологический 4-й тон: биохимических изменений крови практически появляется, а также имеются характерные признаки в изменение экг

### -й период острый ( лихорадочное воспаление) характеризуется возникновением некроза сердечной мышцы на месте ишемии. появляются признаки асептического воспаления, начинают всасываться продукты гидролиза некротизированных масс. боли, как правило проходят. длительность острого периода 10 дней. самочувствие больного постепенно улучшается, но сохраняется общая слабость, недомогание, тахикардия, тоны сердца глухи. повышение температуры тела обусловленное воспалительным процессом в миокарде, обычно небольшое до 38

### -й период подострый составляет 2недели рубцы на сердце начинаю медленно затягиваться некроз проходит. сердце начинает работать в полную силу. больного переводят на полупостельный режим с минимальным количеством нагрузки

### -й период постинфарктный период длится полгода при этом наблюдается у специалистов. в это время необходимо избегать физические нагрузки и эмоционального перенапряжения. принимаются все меры по предотвращению повторного приступа и инфаркта

### Вывод: при описанной мною клинической картины инфаркт миокарда с большой долей вероятности позволяет, предположить наличие некроза сердечной мышцы или тромбозов коронарных артериях инфаркт миокарда у мужчины среднего и пожилого возраста протекает симптомами чем у женщины, что приводит к 5% к инвалидизации и внезапной смерти. в наше время клиническая картина ярко выражена с годами не меняется, но меняется структура возрастной линии со сдвигом в сторону поражения более среднего поколения людей. поэтому необходимо задуматься о развитие роста с инфарктом миокарда. так в случае, если полностью исчезают все симптомы болезненности, то при этом присутствует при физической нагрузке отдышка, сильной слабости, подавленности настроение и дискомфорта грудной клетке

### Осложнения инфаркта миокарда

Наиболее грозными осложнениями в остром периоде инфаркта миокарда являются кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность, проявляющаяся как сердечная астма, отек легких , разрыв некротизированной стенки желудочка сердца.

Кардиогенный шок проявляется резким падением АД систолическое - ниже 90 мм рт. ст. и симптомами тяжелых расстройств периферического кровообращения. Характерен внешний вид больного: кожа бледная, с серовато-синюшным оттенком, черты лица заострены, лицо покрыто холодным липким потом, подкожные вены спадаются и не различимы при осмотре. Руки и ноги больного холодные на ощупь. Пульс нитевидный. Тоны сердца глухие, на верхушке сердца II тон громче первого. Моча не отделяется или почти не отделяется. Больной вначале заторможен, позже впадает в бессознательное состояние.

Сердечная астма и отек легких - проявление острой левожелудочковой сердечной недостаточности, которая при инфаркте миокарда чаще всего обусловлена снижением сократительной функции миокарда пораженного левого желудочка, а в некоторых случаях связана с острой митральной недостаточностью вследствие инфаркта сосочковой мышцы. Характерна нарастающая одышка, переходящая в удушье, появляется кашель сначала сухой, затем со все более обильной пенистой, нередко розовой мокротой, прослушиваются влажные хрипы вначале над отдельными участками легких преимущественно мелкопузырчатые, затем, по мере развития отека легких, они становятся обильными средне- и крупнопузырчатыми, слышимыми на расстоянии. Больной стремится принять сидячее положение (ортопноэ); в дыхательном акте начинают принимать участие не только межреберные мышцы и мышцы живота, но и мимическая мускулатура лица раздуваются крылья носа, больной глотает воздух открытым ртом. Разрыв стенки желудочка и связанная с ним тампонада сердца в подавляющем большинстве случаев приводят к смерти в течение нескольких минут.

Разрыв некротизированной межжелудочковой перегородки вызывает тяжелую легочную гипертензию и правожелудочковую недостаточность. Он характеризуется внезапным возникновением поперечного систолического или систолодиастолического шума справа и слева от грудины, напоминающего шум при врожденном дефекте межжелудочковой

Нарушение ритма и проводимости сердца при инфаркте миокарда крайне разнообразны Чаще всего наблюдается желудочковая экстрасистолия различной тяжести, которая может переходить в желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков. Реже регистрируются предсердные нарушения ритма: экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия. Предсердные аритмии в отличие от желудочковых, как правило, не опасны для жизни. Среди нарушений проводимости, связанных с некрозом в области проводящих путей сердца, наибольшую опасность представляет предсердно-желудочковая блокада.

Нередким осложнением обширного инфаркта миокарда, особенно локализующегося в передней стенке левого желудочка, является аневризма сердца, развитие которой способствует возникновению аритмий и сердечной не достаточности. При инфаркте межжелудочковой перегородки может сформироваться перегородочная аневризма выпячивание межжелудочковой перегородки в полость правого желудочка, что ведет к правожелудочковой недостаточности увеличение печени, отеки, асцит.

Если же в полостях сердца развиваются пристеночные тромбы, фрагменты их могут оторваться и стать причиной эмболии артерий, снабжающих кровью внутренние органы головной мозг, почки, селезенку и др. и конечности.

Среди поздних осложнений инфаркта миокарда нередко наблюдается тромбоэмболия легочных артерий в связи с флеботромбозом вен нижних конечностей и тазовых органов, к развитию которого предрасполагают пожилой возраст больных и чрезмерно длительное неподвижное пребывание в постели. К поздним осложнениям инфаркта миокарда относятся также различные аритмии сердца, сердечная недостаточность, аутоиммунный постинфарктный синдром

### .6 Лечение инфаркта миокарда

Первоочередное и важнейшее мероприятие при остром инфаркте миокарда - купирование болевого приступа. С этой целью средний медработник может ввести внутримышечно 2 мл 50% раствора анальгина в сочетании с 1 мл 1% раствора димедрол. По назначению врача в его присутствии вводят наркотические анальгетики - промедол (1-2 мл 2% раствора), морфин (1-2 мл 1% раствора), омнопон (1-2 мл 1% раствора) в сочетании с 0, 5 мл 0, 1% раствора атропина подкожно, внутримышечно или внутривенно, фентанил (1-2 мл 0, 005% раствора) в сочетании с нейролептиком дроперидолом (1-2 мл 0, 25% раствора), разведенные в 20 мл 5% раствора глюкозы или таком же количестве изотонического раствора хлорида натрия, вводят медленно внутривенно. При выраженном удушье больному следует придать полусидящее положение с опущенными ногами при низком АД только несколько приподнимают головной конец кровати, дать вдыхать кислород через марлю, смоченную 70% этиловым спиртом.

Независимо от того, удалось ли снять боль полностью или частично, всем больным инфарктом миокарда показана экстренная госпитализация. Больного переносят в транспортное средство на носилках. В малогабаритных домах с узкими лестницами можно перенести больного по лестнице на прочном стуле, несколько запрокинутом назад. В стационар больного транспортируют в лежачем положении; при наличии признаков левожелудочковой недостаточности удушье, клокочущее дыхание головной конец носилок нужно приподнять, дать больному вдыхать пары спирта с кислородом.

Больных острым инфарктом миокарда по возможности госпитализируют в специальные палаты блоки интенсивной терапии, оборудованные аппаратурой, позволяющей постоянно контролировать ЭКГ и другие показатели кровообращения и при необходимости оказать больному экстренную помощь - произвести искусственную вентиляцию легких, дефибрилляцию сердца, электрическую кардиостимуляцию.

В стационаре, если с момента развития инфаркта миокарда прошло не более 6 ч, при отсутствии противопоказаний начинают лечение, направленное на растворение тромба в коронарной артерии применяют фибринолизин, стрептазу либо стрептодеказу или на предупреждение прогрессирования тромбоза вводят гепарин. Тромболитическая терапия проводится только по назначению и под руководством врача.

Иногда с целью приостановить распространение некроза миокарда назначают капельное внутривенное введение нитроглицерина уменьшает нагрузку на сердце, прием анаприлина и других средств, снижающих потребность миокарда в кислороде.

Хирургическое лечение инфаркта миокарда показано, если после растворения тромба на рентгеноангиограммах выявлен стеноз крупной ветви коронарной артерии. Применяется операция расширения суженного участка артерии с помощью специального катетера, на конце которого укреплен баллон, способный расправляться но не растягиваться, когда в него нагнетают жидкость под давлением. В остром периоде инфаркта миокарда иногда проводят операцию аортокоронарного или маммаро-коронарного шунтирования создание с помощью протезов обходных путей между аортой или внутренней артерией молочной железы и коронарной артерией ниже участка сужения. Имеются отдельные сообщения об успешном хирургическом лечении острой аневризмы сердца иссечения, разрыва сосочковой мышцы протезирование митрального клапана и межжелудочковой перегородки(пластика перегородки, а также разрыва сердца иссечение некротизированного участка миокарда.

Особое значение в сохранении жизни больного имеет своевременно начатое и достаточно энергичное лечение осложнений инфаркта миокарда. При кардиогенном шоке больному придают горизонтальное положение. В отсутствие врача средний медработник может по витальным показаниям медленно ввести в вену 0, 5 мл 1% раствора мезатона в изотоническом раствора хлорида натрия, при этом надо наблюдать, чтобы систолическое давление не превышало НО мм рт. ст. По назначению врача внутривенно капельное вводят мезатон, норадреналин или допамин (дофамин), ориентируясь на тот же показатель систолического давления. При неэффективности лекарственной терапии применяют вспомогательное кровообращение, особенно баллонную контрпульсацию.

При развитии тяжелых нарушений ритма сердца желудочковой экстрасистолии высоких степеней или желудочковой тахикардии внутривенно стройно вводят 5-6 мл 2% раствора лидокаина, после чего налаживают его капельное вливание со скоростью 2-4 мг / мин если в 200 мг растворителя содержится 10 мл 2% раствора лидокаина, средняя скорость введения ок. 60 капель в 1 мин. При неэффективности лекарств в случае желудочковой тахикардии показана электроимпульсная терапия. В случаях прогрессирующей предсердно-желудочковой блокады налаживают временную эндокардиальную электрическую стимуляцию сердца.

При сердечной астме или отеке легких приподнимают головной конец кровати. По назначению и в присутствии врача вводят внутривенно лазикс 40-160 мг, коргликон или строфантин, наркотические анальгетики морфин, промедол, омнопон или фентанил с дроперидолом. С помощью специальных отсосов эвакуируют пенистую мокроту из крупных бронхов. Для разрушения пены в мелких бронхах применяют вдыхание кислорода с парами этилового спирта (50% при дыхании через маску и 70% при использовании носового катетера). Иногда прибегают к искусственной вентиляции легких под повышенным давлением, а также к ультрафильтрации крови - удалению части содержащейся в крови воды с растворенными в ней электролитами с помощью специальных аппаратов.

Режим больного инфарктом миокарда зависит от размеров поражения сердечной мышцы и времени, прошедшего с начала заболевания. При мелкоочаговом инфаркте миокарда нестрогий постельный режим назначают на 1-2 дня. Если врач убеждается, что тенденция к расширению или рецидивированию инфаркта миокарда отсутствует, больного переводят на палатный режим, а через неделю ему разрешают двигаться в пределах отделения с постепенной дальнейшей активизацией. Сроки активизации у больных с обширным интрамуральным, а также с трансмуральным инфарктом миокарда определяет врач. Обычно при неосложненном трансмуральном инфаркте больного начинают сажать в постели с помощью медсестры или методиста ЛФК на 8-12-й день заболевания, разрешают ему ходить по палате на 14-20-й день; выписывают из стационара примерно через 30-35 дней с начала заболевания.

Питание больного в первые дни заболевания включает легкоусвояемую пищу соки, кисели, суфле, яйца всмятку, кефир. Исключаются продукты, вызывающие повышенное газообразование в кишечнике. Если у больного полностью отсутствует аппетит, не следует заставлять его есть насильно. С 4-го дня заболевания диету постепенно расширяют и к 7-му дню переходят на диету № 10.

Лечебная физкультура - один из важнейших методов в системе реабилитации больных инфарктом миокарда. Она способствует стимуляции вспомогательных механизмов кровообращения, облегчающих работу сердца, тренировке сократительной функции ослабленной сердечной мышцы и аппарата регуляции системной гемодинамики. Под влиянием ЛФК умеренно активизируется дыхание, повышается тонус нервной системы, улучшается функция жел. -киш. тракта, что особенно важно в период пребывания больного на постельном режиме.

При инфаркте миокарда средней тяжести занятия ЛФК начинают на 2-3-й день, а при более тяжелых - на 3-7-й и в более поздние дни болезни. В исходном положении лежа на спине применяются простые упражнения в дистальных отделах конечностей, которые выполняются плавно, ритмично, без рывков. Каждое упражнение следует чередовать с дыхательным. Необходимы свободные ритмичные, не вызывающие утомления больного движения в крупных суставах конечностей, гл. обр. нижних, чередующиеся с дыхательными упражнениями и паузами отдыха. Для предупреждения атрофии скелетной мускулатуры и слабости связочного аппарата используют также леч. массаж. По разрешению врача обычно к концу 2-й недели больного обучают без напряжения присаживаться в кровати, а в последующие дни садиться на край, принимать пищу и осуществлять туалет в положении сидя. Сначала ему помогают методист и обслуживающий персонал, а затем он действует самостоятельно, но без выраженного усилия и задержек дыхания. Когда больной адаптируется к пребыванию в вертикальном положении, ему разрешают пересаживаться на стул или в кресло, ходить около кровати при помощи методиста и под наблюдением врача. Подготовку к ходьбе вначале осуществляют в положении сидя (ходьба сидя), затем стоя с опорой на спинку стула ходьба на месте, после чего разрешается ходьба по палате. С того момента, когда врач разрешает больному прогулки в помещении, их начинают с ходьбы на расстояние не более 20-50 м, увеличивая постепенно число таких прогулок в день. Первые подъемы по лестнице 1 пролет и прогулки вне помещения осуществляются под руководством и в сопровождении методиста ЛФК. Первоначально больной проходит ок. 100 м, в последующем продолжительность прогулок постепенно увеличивается, с тем чтобы к концу пребывания в стационаре больной был способен к самообслуживанию, ходьбе на расстояние 500-1000 м, подъему на 1 этаж по лестнице без существенных неприятных ощущений. В каждом конкретном случае вопрос о режиме активности решается индивидуально с учетом не только клин, данных, но и психологической настроенности больного. После выписки из стационара больному рекомендуется в первые 2 нед. продолжать занятия ЛФК по тому комплексу упражнений, к-рый он выполнял в больнице. В дальнейшем разрешаются прогулки на свежем воздухе с постепенным увеличением их продолжительности от 20-30 мин до 1 ч 2-3 раза в день. После того как больной начинает посещать поликлинику, лечащий врач направляет его в кабинет ЛФК поликлиники или врачебно-физкультурного диспансера, где продолжаются занятия ЛФК и даются дальнейшие консультации по организации двигательного режима. Уход за больным острым инфарктом миокарда, особенно в первые дни заболевания, когда больной находится на строгом постельном режиме, должен обеспечивать исключение недопустимых для больного физических и эмоциональных перенапряжений. В этот период кормить больного, как правило, должна медсестра, хотя при настойчивом желании больного с разрешения врача он может есть самостоятельно, особенно если койка снабжена над кроватным столиком. В первые дни болезни медсестра ежедневно умывает больного, в дальнейшем, когда больному разрешают сидеть, помогает ему умываться. Если пребывание больного на постельном режиме затягивается из-за осложнений, необходимо ежедневно поворачивать больного в постели, протирать его кожу камфорным спиртом, туалетной водой или одеколоном. В первые 2-3 дня заболевания больному не разрешают самостоятельно бриться.

Особо важное значение имеет регулирование физиол, отправлений. Как правило, у больных в первые дни инфаркта миокарда развивается запор, для ликвидации которого применяют несоленые слабительные крушина, александрийский лист, вазелиновое или растительное масло. Нередко приходится очищать кишечник с помощью клизмы. При длительном отсутствии стула может возникнуть необходимость в пальцевом разрушении в прямой кишке каловой пробки. Иногда врач разрешает больным, которые не могут опорожнить кишечник лежа в постели, пересаживаться с этой целью на прикроватный стульчак уже со 2-3-го дня болезни в случаях, когда усилия больного, затрачиваемые на опорожнение кишечника в постели значительно превышают усилия, необходимые для пересадки на стульчак при помощи медсестры. Необходимо, чтобы стул у больного был не реже одного раза в 2 сут.

При задержке у больного мочи врач устанавливает ее причину. При необходимости мочевой пузырь опорожняют через мочевой катетер в ряде случаев катетер оставляют в мочевых путях на 1-2 дня, после чего больному разрешают самостоятельно опорожнять мочевой пузырь. Если больной опорожняет мочевой пузырь стоя, то медсестра должна помочь ему встать с постели при минимальной нагрузке: сначала его нужно повернуть на правый бок, попросить согнуть ноги; затем опускают ноги лежащего больного, после чего помогают ему сесть в постели, а после 2-3 мин отдыха - встать. Во время мочеиспускания больного нужно поддерживать.

Реабилитация восстановительная терапия больных инфарктом миокарда начинается уже в условиях стационара. Она направлена на восстановление, по возможности, полноценного общефизического и психического состояния больного. Разрешение больному есть и бриться самостоятельно относится к числу реабилитационных мер: большинство больных, получив такое разрешение, считают, что они уже начали поправляться. К реабилитационным мероприятиям относится своевременное расширение режима, назначение ЛФК. Психологически полезна доверительная беседа с больным о других больных, лежавших в стационаре с таким же заболеванием, а теперь ведущих полноценную трудовую деятельность и нормальную семейную жизнь. В СССР во многих областях и автономных республиках созданы специальные отделения реабилитации больных инфарктом миокарда в кардиологических санаториях, где в проведении восстановительных мероприятий участвуют наряду с лечащим врачом методисты ЛФК и психолог.

### 1.7 Прогноз инфаркта миокарда

Зависит от обширности инфаркта миокарда, а также от наличия и характера осложнений в остром и последующих периодах. При неосложненном и не очень обширном или мелкоочаговом инфаркте миокарда прогноз в отношении жизни и восстановления трудоспособности обычно благоприятен. Он значительно хуже при обширном инфаркте миокарда особенно с острой аневризмой левого желудочка, а также при осложнениях инфаркте миокарда тяжелыми нарушениями ритма сердца и проводимости, сердечной недостаточностью. Если после инфаркта миокарда, даже не очень обширного, у больного сохранилась или впервые возникла стенокардия, а также если появились желудочковые нарушения ритма сердца, прогноз в отношении жизни на ближайшие месяцы и годы остается сомнительным, т. к. при указанных патологическим, состояниях существенно увеличивается опасность повторного инфаркта миокарда или внезапной смерти от фибрилляции желудочков. Практически полное выздоровление наблюдается иногда только при мелкоочаговом, реже интрамуральном и очень редко - при небольшом по площади поражения трансмуральном инфаркте миокарда, протекавшем без осложнений. В остальных случаях выздоровление по тем или иным причинам расценивается как частичное, поскольку наличие постинфарктного рубца предрасполагает к нарушениям ритма сердца и постепенному развитию сердечной недостаточности, особенно если инфаркт миокарда осложнен аневризмой сердца. Восстановительные реабилитационные мероприятия позволяют вернуть к трудовой деятельности через 4 мес. с момента инфаркта миокарда большинство больных. Восстановление трудоспособности может быть полным или частичным, в зависимости от того, имеются ли проявления сердечной недостаточности или опасность ее развития (аневризма сердца), от тяжести стенокардии, наличия и характера нарушений ритма сердца, а также от того, в какой мере стенокардия и нарушения сердечного ритма уступают действию леч. мероприятий.

.8 Профилактика

Профилактика инфаркта миокарда является ежегодная диспансеризация и своевременная адекватная терапия хронического заболевания как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз.

Диагноз ишемической болезни сердца является основанием для оценки состояния коронарных артерий с помощью коронарной ангиографии. Специальным образом выполненные рентгеновские снимки позволяют определить точное местоположение атеросклеротических бляшек и степень сужения коронарных артерий. При наличии показаний найденные сужения могут быть расширены изнутри сосуда- это процедура называется коронарная ангиопластика. Кроме того, в коронарную артерию может быть имплантирован стен - металлический каркас, который будет поддерживать раскрытое состояние сосуда. В отдельных случаев проводят сложную операцию аортокоронарное шунтирование, когда вставляют дополнительные сосуды между аортой и коронарными артериями, огибая место сужения коронарного сосуда и создавая возможность чтобы кровь поступала к сердечной мышце

ГЛАВА 2. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРД

.1 Используемые тромболитики при тромболитической терапии

Используемые тромболитики при тромболитической терапии Стрептокиназа - 1,5 млн. ед. за 30-60 мин. на 100 мл физраствора или 5% глюкозы. Альтеплаза - фибирин-специфический агент - может назначаться после 4 часов, может повторно назначаться при явлениях рестеноза. Новые рекомбинантные (продукт генной инженерии) тканевые активаторы плазминогена позволяют осуществлять в/в болюсное введение - ланатеплаза, ретеплаза, тенектеплаза. Тенектеплаза - рекомендована для полюсного введения на догоспитальном этапе. Вместе с тем даже при типичном ангинозном приступе, не сопровождающемся динамикой ЭКГ, или если эти изменения касаются зубца Т (включая инверсию) или депрессии сегмента ST, ТЛТ не показана. На эффективность тромболитической терапии влияет и время суток - реканализация происходит хуже в утренние часы, т.е. тогда, когда реактивность тромбоцитов и процессов коагуляции, а также вязкость крови, вазомоторный тонус и естественное ингибирование фибринолиза имеют свои максимальные суточные показатели. Выявляемое при стандартной ЭКГ быстрое снижение более чем на 80% ранее повышенного уровня сегмента ST позволяет точно определить больных с хорошим прогнозом при ИМ. Эти больные в дальнейшем не нуждаются в дополнительных лечебных мероприятиях. Напротив, отсутствие существенного снижения повышенного уровня сегмента ST не более чем на 20% с высоким уровнем достоверности указывает на отсутствие успешной реканализации коронарных сосудов. Осложнения тромболитической терапии: • острые нарушения ритма (фибрилляция желудочков - рассматривается как показатель реканализации) - готовность к дефибрилляции; • рестеноз коронарной артерии, при этом течение инфаркта миокарада становится более тяжелым. Безусловные противопоказания к тромболитической терапии(Европейское общество кардиологов): - инсульт в анамнезе; - недавние (в течение предыдущих 3 недель) серьезные травмы, большое хирургическое вмешательство или повреждение головы; - массивное желудочно-кишечное кровотечение (не обострение язвенной болезни без кровотечения) в течение предыдущего месяца; - известные нарушения в системе свертывания крови; - повышенная кровоточивость; - расслаивание аорты. К относительным противопоказаниям тромболитической терапии причисляют: - предыдущие нарушения мозгового кровообращения в течение предыдущих 6 мес; - лечение непрямыми антикоагулянтами; - беременность; - пункцию некомпрессируемых сосудов (например, подключичной вены, когда велика вероятность применения ТЛТ, гепарина, не рекомендуется пользоваться этим доступом для установки инфузионных канюль); - травматическую реанимацию ; - рефрактерную артериальную гипертензию - систолическое АД больше 180 мм рт.ст.; - недавнюю лазеротерапию сетчатки. Аспирин ингибирует действие циклооксигеназы в тромбоцитах, тем самым препятствуя синтезу тромбоксана А2, обладающего мощным вазоконстрикторным и агрегационным действием. Он может применяться самостоятельно или в комбинации с гепарином. Доза аспирина 375-500 мг - разжевать. Тромбоз в первые часы инфаркта миокарда не должен назначаться из-за его медленного всасывания. Антиагрегантный эффект тиклопидина проявляется через 8 -12 часов и при продолжающемся приеме препарата достигает максимальной выраженности к 3-5-м суткам, поэтому он не может использован для неотложной терапии. Применение антикоагулянтов достаточно подробно изложено в статье о остром коронарном синдроме.

2.2 Общие правила ухода за больными с патологией сердечно-сосудистой системой

Психологические аспекты проблемы объясняются, прежде всего, тем, что любой пациент находится в определенной зависимости от медицинских работников. поэтому умение внушать веру в себя, теплота и душевность бесед с больным составляют неотъемлемую часть работы. при работе в условии амбулатории этот контакт имеет меньшее значение, так основную часть времени больной проводит дома, в обычной, привычной для него среде. этот факт обычно действует успокаивающие, и большинство больных без крайней необходимости не стремятся в стационар. однако при явке больного в поликлинику первая его встреча происходит со средним медицинским работником при выдаче номерка к врачу измерение артериального давление и сказала больному, что оно очень высокое, то вряд ли дальнейшие утешения окажут должный эффект. Необходимо помнить что большинство больных особенно с патологией сердечно-сосудистой системы, мнительны. Им нельзя сразу говорить об всех обнаруженных у них изменениях. но в то же время плохое впечатление на больных производит шептание за спиной, что часто воспринимается ими как желание скрыть что-то опасное для них. поэтому с больными надо вести себя всегда ровно, спокойно, уверенно. информация о состоянии больного, о выявленных у него тех или иных показателях должен сообщить врач.

Ряд больных с болями в области сердца направляются на обследование, наиболее часто- для снятия электрокардиограммы. иногда после этого возникает необходимость срочной госпитализации в связи с ухудшением коронарного кровообращения и нарастанием ( появлением) различного рода аритмий. сообщить об это больному нужно тактично и достаточно осторожно. противном случае состояние больного может резко ухудшиться, и даже там, где его не было, может развиться инфаркт миокарда при госпитализации больного средний медицинский работник является первым, с кем встречается больной. при этом следует помнить, что первое впечатление играет очень большую роль в дальнейшем контакте с больным. поэтому встречать больного надо приветливо и доброжелательно. в общении сестры с больным выделить как бы три периоды: первый-знакомство, второй- период достаточно длительного общения и третий-период расставания. в течение всего этого времени сестра должна быть достаточно внимательна и предупредительна.

Прежде всего, нужно наладить контакт с больным. он должен знать и чувствовать, что сестра всегда придет к нему а помощь. Часть невротических больных ночью боятся уснуть, полагая, что они якобы могут умереть во сне. в этом случае сестра должна подойти к больному несколько раз за ночь, убедить его в том, что она всегда . некоторые больные боятся развития приступа за грудинных болей во время сна. в этом случае перед сном нужно дать соответствующее сосудорасширяющее средство, что предотвратит развитие приступа и таким образом разорвет образовавшийся «порочный круг». но все это возможно узнать только при наличии контакта с больным. Этому способствует, прежде всего, умение слушать. контакт и доверие являются краеугольными камнями общения сестры с больным. однако при этом надо помнить о необходимости соблюдения тайны и то, что сказал больной, нельзя обсуждать с другими лицами, кроме лечащего врача.

Часть больных, перенесших тяжелый приступ болей ( инфаркт миокарда), боятся выписки. Поэтому они могут предъявить массу жалоб, было раньше. это является их защитной реакцией на выписке из стационара, где, как они убедились, ми всегда оказывают неотложную помощь. В первую очередь это относится к одиноким больным. Поэтому с этими лицами уже заранее необходимости вести подготовительные беседы, успокаивать, рассказывать об основных средствах оказания первой помощи. при этом нельзя раздражать и говорить кому-либо о том, что вы рады выписке этого лица. во первых, это может быть передано больному даже после выписки, а во вторых испортит ваши отношения с больными, так как они будут боятся, что после их выписке вы скажете то же самое

Техническая сторона обслуживания пациента заключается, прежде всего, в строгом выполнении всех предписаний врача. может возникнуть необходимость в производстве срочной инъекции ( подкожной или внутримышечной), во внутривенном вливании медикаментов. Умение выполнять все эти манипуляции является необходимость условии работы любой медицинской сестры, особенно обслуживающей больных с патологией сердечно-сосудистой системы. ( инфаркт миокарда, сердечная астма) нуждаются в строгом постельном режиме. поэтому медицинская сестра должна уметь перестелить койку, переодеть больного, провести туалет кожи. необходимо помнить что появления инфильтратов, абсцессов и пролежней является дефектом работы, и каждый такой случай должен быть тщательно проанализирован совместно со старшей сестрой и заведующей отделением. при каждой патологии имеются свои особенности течения и, следовательно, ухода

.3 Уход за тяжелобольными инфаркта миокарда

Тяжелобольному сестринский уход и внимание, так как он в большинстве случаев беспомощен и не может ухадивать за собой.

Ему нужна постоянная помощь

1. уход за полость рта

2. уход за глазами

. уход за носом

. подмывание

. влажное обтирание

. уход чтоб не образовались пролежни

. смена постельного и нательного белья

уход за полость рта

раствор фурациллина (2 таблетки на 400 мл воды); раствор соды (1/2-1 чайная ложка на стакан воды); раствор борной кислоты (1-2% раствор); слабо-розовый раствор марганцовки (1:5000);

отвар ромашки; отвар коры дуба (при кровоточащих деснах

## Для обработки полости необходимо приготовить:

· зубную щетку и пасту или марлевые тампоны, салфетку, зажим и емкость с раствором антисептика;

· грушевидный баллон - для тех, кто не может удерживать воду во рту, или стакан;

· емкость для сплевывания (почкообразный лоток, обычная миска или маленький тазик);

· шпатель (за его неимением можно использовать ручку ложки) - для отодвигания щеки и прижатия языка;

· перчатки, лучше латексные;

· вазелин или гигиеническую губную помаду.

## Для обработки полости рта следует:

· придать пациенту удобное положение сидя или лежа (лежа - голову необходимо повернуть набок);

· надеть перчатки;

· марлевым тампоном, смоченным раствором антисептика или зубной щеткой очистить зубы;

· продолжить обработку, продвигаясь от коренных зубов к резцам и меняя тампоны (на обработку рта необходимо, в среднем, 10-15 тампонов);

· движения зубной щетки проводят по оси зуба (вверх-вниз), захватывая часть десны. Не рекомендуется чистить зубы с помощью движений поперек оси зубов, так как это может приводить к стиранию эмали в области шейки зуба;

· язык очистить в последнюю очередь. Если язык не удерживать, то очистка его будет затруднена, поэтому оберните его марлевой салфеткой и потяните на себя. Во время снятия налета не нажимайте на корень языка, чтобы случайно не вызвать рвоту;

· попросить пациента хорошо прополоскать рот или промыть из грушевидного баллона раствором антисептика;

· осушить губы и кожу вокруг рта;

· смазать губы вазелином или гигиенической помадой;

· убрать оборудование;

· снять перчатки, вымыть руки

уход за глазами

Цель. Профилактика гнойных заболеваний глаз.

Показания. Гнойные выделения из глаз, слипшиеся ресницы по утрам.

Оснащение. Стерильный почкообразный тазик с 8 - 10 стерильными ватными шариками; почкообразный тазик для использованных шариков; две стерильные марлевые салфетки; раствор калия перманганата бледно-розового цвета или раствор фурацилина 1:5000.

Техника выполнения.

. Медицинская сестра моет руки с мылом.

. Наливают в тазик с шариками небольшое количество дезинфицирующего раствора.

. Просят пациента слегка запрокинуть голову.

. Ватный шарик, смоченный в дезинфицирующем растворе, берут 1 и 2 пальцами правой руки и слегка отжимают

. Просят пациента закрыть глаза. Протирают один глаз шариком

в направлении от наружного угла глаза к внутреннему.

. При необходимости процедуру повторяют.

. Следует промокнуть стерильной салфеткой остатки анти

септика от наружного угла глаза к внутреннему.

. Повторяют манипуляцию со вторым глазом.

Примечание. Во избежание переноса инфекции с одного глаза на другой для каждого глаза используют разные шарики и салфетки.

## Уход за носом тяжелобольного.

Цель. Очищение носовых ходов от корочек.

Показания. Скопление корочек в полости носа у пациентов, находящихся в пассивном положении.

Оснащение. Ватные турунды; вазелиновое или другое жидкое масло: подсолнечное, оливковое, или глицерин; два почкообразных тазика: для чистых и использованных турунд.

Техника выполнения.

. Голове пациента придают возвышенное положение, на грудь стелят полотенце.

. Смачивают турунды приготовленным маслом.

. Просят пациента слегка запрокинуть голову.

. Берут смоченную турунду, слегка отжимают и вводят вращательным движением в один из носовых ходов.

. Оставляют турунду на 1 - 2 мин, затем вращательными движениями удаляют, освобождая носовой ход от корочек.

. Повторяют процедуру со вторым носовым ходом.

. Обтирают полотенцем кожу носа, помогают пациенту удобно лечь.

## Уход за волосами тяжелобольного.

Цель. Соблюдение личной гигиены пациента; профилактика педикулеза, перхоти.

Показания. Постельный режим пациента.

Оснащение. Таз с теплой водой; кувшин с теплой водой (+35...+37 С); полотенце; расческа; шампунь; платок или косынка.

Техника выполнения.

. Просят санитарку приподнять туловище пациента, поддерживая его за плечи и голову.

. Убирают подушки, скатывают головной конец матраса валиком к спине пациента, закрывают его клеенкой.

. Ставят на сетку кровати таз с водой.

. Смачивают волосы пациента, промывают шампунем, тщательно полоскают в тазу.

. Ополаскивают волосы теплой водой из кувшина.

. Насухо вытирают волосы полотенцем.

. Убирают таз, расстилают матрас, кладут подушки, опускают голову пациента.

. Расчесывают волосы расческой, принадлежащей пациенту. Короткие волосы расчесывать от корней волос, а длинные - от концов, постепенно продвигаясь к корням.

. Повязывают голову платком или косынкой.

. Помогают пациенту удобно лечь.

Примечания. Если у пациента нет собственной расчески, можно воспользоваться общей, которую предварительно обрабатывают 70% спиртом, протерев 2 раза с интервалом 15 мин. Расчесывать волосы пациентам нужно ежедневно. Во время мытья головы санитарка все время должна поддерживать пациента.

## Профилактика пролежней, алгоритм выполнения

Манипуляция: профилактика пролежней.

Цель. Предупреждение омертвения мягких тканей в местах их длительного сдавления.

Показания. Постельный режим больного.

Оснащение. Противопролежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

## Техника выполнения профилактики пролежней.

## . Моют и сушат руки, надевают перчатки.

## . Пациента поворачивают на бок.

## . Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.

## . Обсушивают кожу сухим полотенцем.

## . Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.

## . Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.

## . Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.

## . Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.

## . Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.

## . Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.

## . При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.

## . Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия. Обработка кожи тяжелобольных.

Цель. Соблюдение личной гигиены тяжелобольного; профилактика пролежней.

Показания. Постельный режим пациента. Пациенты, находящиеся на полупостельном режиме, ухаживают за собой сами.

Оснащение. Таз с маркировкой «Для умывания»; кувшин или чайник с теплой водой (+35...+38 °С) с маркировкой «Для умывания», тазик с горячей водой (+45...+50 °С); салфетка или кусок ваты; полотенце; присыпка, стерильное масло; 10% камфорный спирт или 1 % раствор уксуса.

Техника выполнения обработки кожи тяжелобольным:

. Ставят таз на табурет у края кровати пациента.

. Если пациент сам может повернуться на бок, то просят его сделать это и помогают больному вымыть руки над тазом, почистить зубы, умыться. Медицинская сестра держит кувшин, подает зубную пасту, стакан с водой, полотенце.

. Если пациент не может сам повернуться на бок. то выполняют следующие манипуляции: Моют одну руку больного в тазу водой с мылом. Переносят таз на другую сторону кровати и моют другую руку. Ногти на руках стригут овально.

Выполняют туалет лица: обтирают его влажной салфеткой, затем сухим полотенцем. Убирают подушки, снимают с пациента рубашку. Смачивают салфетку в тазике с горячей водой и отжимают ее. Обтирают переднюю поверхность туловища пациента, обращая внимание на естественные складки кожи на шее, под молочными железами, в подмышечных впадинах, в паховых складках. Тщательно вытирают кожу полотенцем. Складки кожи обрабатывают присыпкой или смазывают стерильным маслом для профилактики опрелостей.

Пациента поворачивают на бок. При необходимости санитар помогает и поддерживает больного. Влажной горячей салфеткой обтирают кожу спины, обращая особое внимание на места образования пролежней (затылок, лопатки, крестец, ягодицы). Кожу тщательно высушивают полотенцем и растирают, если отсутствуют нарушения ее целостности, болезненность. Тепло салфетки и растирание вызовут прилив крови к коже и подлежащим тканям.

Если пациента нельзя поворачивать на бок, то его укладывают на секционный матрас. Уход за кожей осуществляют, убирая одну секцию за другой.

Примечания. Кожу пациентов нужно обмывать ежедневно. Также ежедневно на ночь следует мыть пациенту ноги, поставив таз с водой на сетку кровати. Предварительно матрас заворачивают валиком к ногам и прикрывают его клеенкой. Ногти на ногах стригут по прямой.

При длительной неподвижности пациента необходимо проводить профилактические мероприятия для предотвращения образования пролежней.

## Подмывание пациентов.

Цель. Соблюдение гигиены; профилактика пролежней, опрелостей.

Показания. Подготовка пациента к взятию мочи для исследования, катетеризации мочевого пузыря; гинекологические манипуляции. Подмывают всех пациентов, находящихся на постельном режиме, утром, на ночь и после каждого опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Оснащение. Клеенка подкладная; металлическое или пластмассовое судно; кувшин или кружка Эсмарха с маркировкой «Для подмывания»; теплая вода (+35...+38 °С); 5% раствор калия перманганата; корнцанг; вата; почкообразный тазик; резиновые перчатки.

Техника выполнения подмывания пациентов:

. В кувшин (кружку Эсмарха) наливают воду и добавляют несколько капель 5 % раствора калия перманганата до получения бледно-розового цвета.

. Надевают перчатки.

. Просят пациентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их в бедрах.

. Подстилают клеенку, подставляют судно.

. Кусок ваты закрепляют в корнцанге так, чтобы его острые края были со всех сторон прикрыты.

. В левую руку берут кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и, вылив небольшое количество раствора на бедро пациентки, спрашивают: «Вам Не горячо?». Если температура воды приемлема, продолжают манипуляцию.

. Орошают половые органы теплым дезинфицирующим раствором. Правой рукой берут корнцанг с ватой и обмывают половые органы по направлению струи к анальному отверстию, чтобы не занести инфекцию. Сначала обмывают малые половые губы, затем большие половые губы, паховые складки, лобок. В последнюю очередь обмывают анальное отверстие движением сверху вниз.

. Снимают с корнцанга грязный ватный тампон, закрепляют чистый кусок ваты и высушивают половые органы в той же последовательности.

. Убирают судно, помогают пациентке принять удобное положение в постели.

Мужчин подмывают при тех же показаниях. При подмывании важно правило «от центра к периферии», то есть от головки полового члена к паховой области.

Примечания. Пациентов на полупостельном режиме следует научить пользоваться биде, если оно есть в отделении.

## Смена постельного белья тяжелобольному, алгоритм выполнения

Смена постельного белья тяжелобольному. Цель. Создание постельного комфорта (одно из мероприятий лечебно-охранительного режима); профилактика пролежней; соблюдение личной гигиены пациента.

Показания. Постельный режим пациента.

Оснащение. Чистая простыня, достаточно большая по размеру, без швов, заплат; чистый пододеяльник; две наволочки.

Техника выполнения:

## Продольный способ смены постельного белья тяжелобольному:

- применяется, когда пациента можно повернуть на бок.

Продольный способ смены постельного белья тяжелобольному

. Чистую простыню скатывают валиком по длине на 2/3.

. Убирают одеяло, осторожно приподнимают голову пациента и убирают подушки.

. Поворачивают пациента на бок от себя.

. На освободившейся половине постели скатывают грязную простыню валиком к середине кровати (под пациента).

. На освободившуюся часть кровати раскатывают подготовленную чистую простыню валиком к пациенту.

. Поворачивают пациента на другой бок лицом к себе.

. Убирают грязную простыню с освободившейся части кровати, расправляют чистую, натягивают и заправляют со всех сторон под матрас.

. Укладывают пациента на спину, подкладывают подушки в чистых наволочках.

. Сменяют пододеяльник, укрывают пациента одеялом.

## Поперечный способ смены постельного белья тяжелобольному:

- применяется, когда пациента нельзя повернуть на бок, но можно посадить или приподнять верхнюю часть туловища.

Поперечный способ смены постельного белья тяжелобольному

. Простыню скатывают валиком по ширине на 2/3.

. Просят санитарку приподнять пациента, поддерживая его за спину и плечи.

. Убирают подушки, скатывают валиком грязную простыню к спине пациента.

. Чистую простыню раскатывают валиком к спине пациента.

. Подкладывают подушки в чистых наволочках, опускают пациента на подушки.

. Просят санитарку приподнять пациента в области таза.

. Скатывают грязную простыню с освободившейся части кровати и раскатывают чистую, кладут пациента.

. Просят санитарку приподнять ноги пациента.

. Убирают с кровати грязную простыню, раскатывают до конца чистую.

. Чистую простыню со всех сторон подворачивают под матрац.

. Меняют пододеяльник, укрывают пациента.

## Смена нательного белья (рубашки) тяжелобольному.

Цель. Соблюдение личной гигиены пациента; создание постельного комфорта; профилактика пролежней <http://sestrinskoe-delo.ru/manipulyatsii/profilaktika-prolezhney-algoritm-vipolneniya> и опрелостей.

Показания. Постельный режим пациента.

Оснащение. Чистая рубашка по размеру больше, чем размер одежды пациента.

Техника выполнения.

. Слегка приподнимают голову пациента и убирают подушки.

. Осторожно приподнимая пациента, собирают рубашку вверх до подмышек, а по спине - до шеи.

. Складывают руки пациента на груди.

. Правой рукой поддерживают голову пациента за затылок, а левой рукой, захватив собранную на спине рубашку, аккуратно ее снимают, не касаясь грязной рубашкой лица пациента.

. Опускают голову пациента на подушку.

. Освобождают руки из рукавов: сначала здоровую, потом больную.

. Надеть чистую рубашку на тяжелобольного можно, выполняя все действия точно в обратной последовательности, т.е. собрав чистую рубашку по спинке, надеть рукав на больную руку, затем на здоровую; сложить руки на груди и, поддерживая правой рукой голову пациента, левой рукой надеть рубашку через отверстие горловины на голову больного, расправить рубашку донизу.

Примечания. Чистое белье хранится у сестры-хозяйки отделения. Грязное белье собирают в палате в клеенчатые мешки с маркировкой «Для грязного белья» и отправляют в специальную комнату. При смене белья нельзя ни чистое, ни грязное белье класть на тумбочки пациентов или соседние кровати.

Белье меняют регулярно не реже 1 раза в 5 сут, после гигиенической ванны, а при необходимости чаще, по мере загрязнения. Белье неопрятных пациентов, а также белье, загрязненное кровью, гноем, следует менять только в резиновых перчатках и маске.

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Характеристика ЛПУ

При написании практической части использованы статистически материалы отделения неотложной терапии Коми республиканского кардиологического диспансера.

Республиканский кардиологический диспансер был открыт 18 августа 1997 года, предназначен для оказания лечебной, консультативной и организационно-методической помощи. как крупнейшее и ведущее специализированное медицинское учреждение республики. она формирует политику профилактики, своевременного выявления и лечения сердечно-сосудистой патологии.

В настоящие время Кардиологический цент переименован в кардиологический диспансер республики коми КДРК.

Основным вопросом, решаемым учреждением является создание условий для реализации региональной кардиологической программы, цель которой- обеспечение доступного кардиологической помощи населению. это и определение стратегии высокого риска по выявлению лиц с высокой вероятностью развития ишемической болезни сердца ( ИБС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ), прогнозирование риска внезапной кардиальной смерти, своевременная госпитализация, тщательное исследование и оказание необходимой помощи. кардиологические диспансер проводит обучение персонала, консультативную, научную, практическую, организационно-методологическую, терапевтическую и хирургическую деятельность.

Уникальные приборы и комплексы позволяют осуществлять диагностику и лечение пациентов на уровне самых современных медицинский технологий

В состав КДРК входит стационар, который рассчитан на 450 коек, консультативная поликлиника, рассчитанная на 200 посещений в смену, специализированный роддом, женская консультация, диагностический комплекс, аптека, операционные блок, реанимационное отделение, физиотерапевтический корпус, отделение детской кардиологии, отделение кардиология 4( с тромбами) отделение нарушение ритма. отделение ревматизма., а также административный корпус.

Кардиологический диспансер начинает работать с 8 утра до 18 вечера в поликлиники и плановой госпитализации, на приме врачу пациент идет в регистратуру и дает паспорт, снил, медполис, направление кто направил и откуда. а также есть кардиологическом диспансере республики коми приемный покой который работает круглосуточно.

В кардиологическом диспансере работает около 1100 сотрудников, из них 200 врачей и 400 средних медицинских работников в отделение неотложной кардиологии №1 работают 1 кандидат медицинских наук, 2 врача- кардиолога первой категории, 1 врач-кардиолог второй категории. 1 врач анестезхиолог-реаниматолог высшей категории и 1 врач анестезиолог-реаниматолог первой категории со стажем работы до 10 лет -3 врача, свыше 10 лет -2 врача, свыше 20 лет -1 врач.

Среди медицинских сестер имею квалификационные категории 15 человек, в том числе, высшую -5, первую-10, вторую-2

ОТделение неотложнойпомощи №1 ( нк-1) на 60 коек начало работу 8 декабря 1997 года. отделение предназначено для лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) прежде всего с нестабильной стенокадией (нс) и острым инфарктам миокарда (ОИМ). 14 сентебря 1999 г открыта палата интенисвной терапии ПИТ НК-1 на 6 коек

в пит нк-1 госпитализируются следующие группы пациентов

с неосложненным ОИМ

с подозрение на ОИМ без нарушенной гемодинамики

с НС без нарушение гемодинамики

с ОИМ и НС из ОРИТ для дальнейшего лечение и наблюдения.

Из отделение нк -1 с ухудшением общего состояния и необходимости динамического наблюдение. ПИТ оснащен необходимым оборудованием для слежения за состоянием пациентов и оказания в нужный момент квалифицированной неотложной помощи. с15 сентября 2001 года в составе отделения открыто 24 койки экстренной геронтологии в отделение работают четыре круглосуточных поста, один из них- пост интенсивной терапии. два крыла отделение содержат от семь палат на трех человек, по одной палате на двоих, одноместная палата, а также комнаты персонала, ванную, клизменную, санитарную комнату, буфет вентиляционную камеру. между правым и левым находится четыре коронарные палаты- две на двоих и две одноместные и пост интенсивной терапии на 6 коек. для каждого пациента в палате налажена централизованная подача кислорода, вакуум, сжатый воздух, экстренный вызов сестры и освещение. в отделении имеются следующие кабинеты: заведующего, старшей медсестры, сестры-хозяйки и три ординаторские. есть также: кабинет для забора клинических анализов крови, процедурный кабинет для внутримышечных инъекций, кабинет для раздачи таблетированных лекарственных средств. в отделение находится два холла для отдыха и просмотра телевизора пациентами с расширенным двигательным движением.

Хронометраж рабочего времени медсестры

. производится врвремя

основная деятельность

· в/м инъекции -195 мин

· раздача лекарств -54 мин

· измерение ад, пульса-18 мин

· измерение температуры-15 мин

· кормление больных 75 мин

· помощь в проведение гигиенических процедур -20 мин

· гигиенические мероприятия в постели ( туалет кожи, глаз, носа, обработка пролежней и т.д.)-30 мин

· подготовка больного к исследованию -25 мин

· постановка катетера -15 мин

· постановка клизмы -24 мин

· участие в проведение спинномозговой пункции -32мин

· уход за нозогастральным зондом, кормление через зонд 40 мин

· сбор мочи на исследование, измерение диуреза - 20 мин

· постановка примочек, компрессов - 25 мин

· закапывание капель в нос глаза -10 мин

· взятие мазка из зева -2 мин

вспомогательная деятельность

· подготовка к работе,прием и сдача смены, подготовка и уборка рабочего места -30 мин

· взаимодействие с сотрудниками других служб в интересах пациента ( запись на ЭКГ, УЗИ, ФГДС, консультации специалистов)-22 мин

· получение и раскладка медикаментов - 7 мин

· сопровождение пациета на исследование -27 мин

· мытье инструментария подготовка для сдачи в ЦСО, подготовка материалов и биксов для автоклавирования -27 мин

· приготовление дезрастворов,мытье рук -13 мин

· мытье инструментов подготовк для сдачи в ЦСО, подготовка материалов и биксов для автоклавирования -27 мин

· приготовление дезрастворов, мытье рук - 13 мин

· вызов пациента в кабинет для проведения исследования -18 мин

работа с документацией

· проверка листов назначения, работа с историями болезни -150 мин

· заполнение журналов ( передачи смен, передачи инструментов, журнал передачси наркотических веществ, учета спирта) -30 мин

· подготовка истории болезни по назначению врачей на диагностические исследование их транспортировка и своевременное возвращение в отделение -60 мин

· составление заявки на медикаменты -10 мин

· составление порционыых требований и листов движений -20 мин

· подклеивание результатов лабораторных исследований 20 мин

служебные разговоры

· передача и прием смен -30 мин

· участие в утренних конференциях -15 мин

· обсуждение проблем пациента с врачом -20 мин

· обсуждение проблем пациента с родственниками -7 мин

· ответ на телефонные звонки -17 мин

· проведениебесед с пациентами -15 мин

хозяйственная деятельность

· обеспечение медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами - 15 мин

· хозяйственные работы -23 мин

прочие

· переходы внутри отделения, ЛПУ -19 мин

2. непроизводимое время

лично необходимое время

· прием пищи - 50 мин

· кратковременный отдых -26 мин

неотложные состояние

итроглицерин - 1-2 таблетки под язык, одновременно внутривенно струйно в 20 мл 5 % раствора глюкозы вводят ненаркотические анальгетики (анальгин - 2-4 мл 50 % раствора, баралгин - 5 мл, максиган - 5 мл) в сочетании с малыми транквилизаторами (седуксен - 2-4 мл) или антигистаминными препаратами (димедрол - 1-2 мл 1 % раствора), усиливающими аналгезирующий эффект и оказывающими седативное действие. Одновременно больной принимает 0,2-0,5 г ацетилсалициловой кислоты, лучше в виде шипучей таблетки (например, анапирин).

Если в течение 5 мин болевой синдром не купируется, то немедленно приступают к внутривенному введению наркотических анальгетиков (морфина гидрохлорид - 1-2 мл 1% раствора, промедол - 1-2 мл 1% раствора и т.п.) в сочетании с транквилизаторами или нейролептиком дроперидолом (2-4 мл 0,25% раствора). Наиболее мощный эффект оказывает нейролептаналгезия (наркотический анальгетик фентанил - 1-2 мл 0,005% раствора в комбинации с дроперидолом - 2-4 мл 0,25% раствора).

После купирования ангинозного приступа необходимо сделать ЭКГ для исключения острого инфаркта миокарда

Неотложную помощь при инфаркте миокарда начинают с безотлагательного купирования ангинозного статуса. Боль не только доставляет тяжелейшие субъективные ощущения, приводит к увеличению нагрузки на миокард, но и может послужить пусковым механизмом развития такого грозного осложнения, как кардиогенный шок. Ангинозный статус требует незамедлительного внутривенного введения наркотических анальгетиков в сочетании с нейролептиками и транквилизаторами, так как обычные анальгетики неэффективны.

1. Антитромбоцитарные (тромболитические): ацетилсалициловую кислоту (по 150-300 мг внутривенно или внутрь) или тиклид (по 0,25 г 2 раза в сутки).

2. Антикоагулянты: гепарин, фраксипарин.

. Внутривенно вводят нитроглицерин следующим образом: в 1 % ампульный раствор добавляют изотонический раствор натрия хлорида для получения 0,01 % раствора и вводят капельно со скоростью 25 мкг в 1 мин (1 мл 0,01 % раствора за 4 мин).

. Бета-адреноблокаторы: анаприлин (пропранолол) - по 10-40 мг 3 раза в сутки, или вазокардин (метопролол) - по 50-100 мг 3 раза в сутки, или атенолол - по 50-100 мг 3 раза в сутки.

. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: капотен - по 12,5-50мг 3 раза в сутки.

Если от начала инфаркта миокарда прошло менее 6 ч, очень эффективно внутривенное введение актилизе. Этот препарат способствует лизису тромба.

Комбинации препаратов, используемых в лечении болевого синдрома при остром инфаркте миокарда:

· наиболее широко применяют нейролептаналгезию, обладающую мощным аналгезирующим и противошоковым действием, которую осуществляют комбинированным введением 1-2 мл 0,005% раствора фентанила и 2-4 мл 0,25 % раствора дроперидола; вместо фентанила можно использовать морфина гидрохлорид (1-2 мл 1% раствора), промедол (1-2 мл 1% раствора), омнопон (1-2 мл 1 % раствора) и т.п.;

· эффективна комбинация наркотических анальгетиков (морфина гидрохлорид- 1-2 мл 1% раствора, промедол - 1-2 мл 1% раствора), малых транквилизаторов (седуксен - 2-4 мл) и антигистаминных препаратов (димедрол - 1-2 мл 1 % раствора);

· наркоз смесью закиси азота и кислорода используется в настоящее время в основном бригадами скорой помощи.

Препараты рекомендуется вводить внутривенно медленно. Предварительно их разводят в 5-10 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % раствора глюкозы. До тех пор, пока болевой синдром не будет полностью купирован, что часто требует повторного введения анальгетиков, врач не может считать свою задачу выполненной. Другие терапевтические мероприятия, которые проводят одновременно или сразу же после купирования болевого синдрома, должны быть направлены на ликвидацию возникающих осложнений (нарушения ритма, сердечная астма, кардиогенный шок). При неосложненном инфаркте миокарда назначают препараты, ограничивающие зону некроза (нитраты, бета-блокаторы, тромболитики ).

Кардиогенный шок: неотложная помощь

· Обеспечение больному полного покоя;

· Обязательна госпитализация, но при кардиогенном шоке II - III степени сначала необходимы мероприятия по выводу из него.

· Транспортирование в отделение интенсивной терапии в специальной машине кардиологической бригадой «скорой помощи», которая сможет осуществлять реанимационные мероприятия в пути.

Кардиогенный шок: неотложная помощь, специальные мероприятия

· Введение наркотических анальгетиков.

· 1% раствор мезатона внутривенно. Одновременно внутримышечно или подкожно вводится кордиамин, 10 % раствор кофеина, или 5 % раствора эфедрина. Эти препараты можно вводить повторно через каждые 2 ч.

· Достаточно эффективное средство - внутривенное капельное длительное вливание 0,2 % раствора норадреналина.

· Внутривенное капельное введение гидрокортизона, преднизолона или урбазона.

· Возможно снятие болевого приступа с помощью закиси азота.

· Кислородотерапия;

· При брадикардии, блокадах сердца вводится атропин, эфедрин;

· При желудочковой экстрасистолии - внутривенно капельно 1 % раствор лидокаина;

· Проводится электрическая дефибрилляция сердца в случаях желудочковой пароксизмальной тахикардии и фибрилляции желудочков. При блокаде сердца - электрическая стимуляция.

· Подключение к аппарату искусственной вентиляции лёгких, искусственного кровообращения.

Первая помощь при отеке легких

В это время очень важно действовать быстро и точно, поскольку за отсутствием поддержки ситуация может резко ухудшиться.

1. До приезда скорой помощи люди, которые окружают пациента, должны помочь ему принять положение полусидя так, чтобы он спустил ноги с кровати. Это считается самой лучшей позой для освобождения дыхания легких: в это время давление на них минимально. Ноги нужно спустить для того, чтобы разгрузить малый круг кровообращения.

2. Если это возможно, сделать отсасывание слизи из верхних дыхательных путей.

. Необходимо дать максимальный доступ к кислороду, приоткрыв окно, поскольку может наступить кислородное голодание.

Когда скорая помощь прибудет, все действия специалистов будут направлены на три цели:

· снизить возбудимость дыхательного центра;

· снять нагрузку малого круга кровообращения;

· снять пенообразование.

Для того чтобы снизить возбудимость дыхательного центра, пациенту вводят морфин, которым снимают не только отек легких, но и приступ астмы. Это вещество небезопасно, однако здесь оно является необходимой мерой - морфин избирательно влияет на мозговые центры, отвечающие за дыхание. Также этот медикамент делает приток крови к сердцу не таким интенсивным и благодаря этому застой в легочной ткани снижается. Больной становится гораздо спокойнее.

Это вещество вводят либо внутривенно, либо подкожно, и через 10 минут наступает его эффект. Если давление понижено, вместо морфина вводят промедол, который имеет менее выраженное, но аналогичное действие.

Для снятия давления также используют сильные мочегонные средства (например, фуросемид).

Чтобы разгрузить круг малого кровообращения, прибегают к капельнице с нитроглицерином.

Если имеются симптомы нарушения сознания, то пациенту дают слабый нейролептик.

Вместе с этими методами показана кислородотерапия.

## Первая медицинская помощь колопсе

Покой. Горизонтальное положение с приподнятыми ногами, грелки к рукам и ногам. При наличии кровотечения - мероприятия по его остановке.

## Доврачебная помощь

Горячий чай, кофе. Внутримышечно 1 мл 1% раствора мезатона, 2 мл кордиамина.

## Врачебная неотложная помощь

Медицинский пункт

Внутривенно медленно 1 мл 1 % раствора мезатона или 50-150 мг преднизолона в 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в 10-20 мл 40% раствора глюкозы. При отсутствии эффекта внутривенно капельно 3-5 мл 4% раствора дофамина в 200- 400 мл 5% раствора глюкозы или 2 мл 0,2% раствора норадреналина в 400 мл 5% раствора глюкозы под контролем АД. Внутривенно полиглюкин (реополиглюкин) 400 мл, 5% раствор глюкозы - 400 мл.

## Первая медицинская помощь при обмороке

В качестве самой первой медицинской помощи при обмороке необходимо уложить больного на спину и слегка приподнять ноги. Освободить шею и грудь от стесняющей одежды.

Не следует усаживать больных, так как при этом затрудняется купирование ишемии мозга, лежащей в основе обморока.

В большинстве случаев обморочные состояния продолжаются всего 10-15 секунд и обычно не являются признаками серьезных расстройств. Тем не менее, обязательно нужно обратиться к врачу. В большинстве случаев обморок можно предупредить или облегчить с помощью доступных средств

По данным медицинской счтатисти за 2014 год по рк зарегистирована 1101 случай острого инфаркта миокарда на 100 т. населения. смерть от ОИМ по РК на 10 т население 33,6% летальность от ОИМ по РК на 100 т населения 11,2

Распространение заболевания сердечной сосудистой системы среди больных в (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Ишемическая болезнь | 0,13 | 0,20 | 0,15 | 0,14 |
| Инфаркт миокарда | 18,3 | 12,9 | 12,9 | 11,7 |
| Коронарная недостаточность | 21,6 | 19,6 | 18,3 | 17,7 |
| Артеросклерознае бляшки | 25,0 | 22,0 | 19,0 | 18,7 |
| Нарушение кровообращение | 38,8 | 40,2 | 36,6 | 35,9 |



Вывод по данной диаграмме что в течение нескольких годов мы види снижение но все равно инфаркта миокарда все равно больше заболевают что приводит нарушению кровообращение чем другими сердечными заболеваниями, и так за 2014 год на первое место нарушение кровообращение, на втором месте атеросклеротические бляшки

На третьем месте коронарная недостаточности, на четвертом месте инфаркт миокарда, на пятом месте ишемическая болезнь

Цифровые показатели медицинских процедур и манипуляций выполняемых медицинской сестрой отделения « неотложной кардиологии» за 2014 год

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Манипуляции | Всего манипуляций за 2014 год | медсестра | % ее участия |
| Инъекции п\к | 1800 | 550 | 30,5 |
| в\м | 1100 | 270 | 24,5 |
| в\в | 425 | 380 | 89 |
| в\в капельные инфузии | 270 | 240 | 88,5 |
| Забор крови из вены | 1520 | 1364 | 90 |
| Измерение ад | 20000 | 120 | 0,6 |
| Подсчет пульса | 800 | 95 | 11,5 |
| Снятие ЭКГ | 1800 | 25 | 1,5 |
| Подача увлажненного кислорода | 80 | 35 | 43.5 |
| Постановка компресса | 25 | 15 | 60 |
| Постановка катетера | 45 | 45 | 100 |

Из приведенной выше таблицы видно, что в динамике проводится большое количество медицинских манипуляций, таких как: посчета пульса, измерение ад, снятие экг за счет кардиологической патологии, требующей активного наблюдения и лечения

В своей работе медсестра руководствуется « этическим кодексом медицинских сестер России» в основе которого положено развернутое представление о правах пациента.

Согласно кодексу медсестра должна проявлять уважение к жизни, достоинству и правам человека в лице каждого пациета независимо от национальности, расы, цвета кожи, возраста, социального статуса. На всех этапах лечения надо чутко и внимательно относится к больным, тка как добросовестное выполнение своих обязанностей по уходу, человеческое участие помогает им в борьбе с болезнь.. Поэтому медицинским работникам оказывать моральную поддержку для успешного лечения

Проводила опрос среди пациентов, посетивших поликлинику и стационар кардиологического диспансера по поводу АГ и ИМ. Респондентам предлагалось заполнить анкету, содержащий вопросы об АГ и ИМ, о регулярности лечение и соблюдение ирекомендации, отношение медперсонала кардиологического диспансера и поликлиники 3. Разработанная анкета включала ряд вопросов для оценки представлений о факторах, влияющих на прогноз ИМ и АГ, информиравонности о факторах риска, необходимости диет и рекомендации врача, отношение мед персоналов а также об источниках информации как измерять артериальное давление, пульса, приема нитроглецерина.

В анкетирование участвовала 123 пациента из них амбулаторных поликлиники 3 и кардиологического диспансера.

Таблица 2

Распространенность инфаркта миокарда по ворастам

|  |  |
| --- | --- |
| Возраст | % |
| 70 лет и старше | 20 |
| 50-70лет | 35 |
| 30-50 | 25 |
| До 30 лет | 20 |

Распространение инфаркта миокарда по массе тела (%)

|  |  |
| --- | --- |
| Масса | % |
| Менее 50кг | 0,2% |
| 50-70 | 1% |
| 70-90 | 1,6% |
| Более 90 | 1,2% |



Вывод: по диаграмме мы видим, что основной процент заболеваемости инфаркта миокарда приходится на пациетов с избыточной массой тела

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | да | нет | Частично |
| О заболевание | 1,6 | 1,4 | 1,2 |
| С чем связанно заболевание | 1,4 | 1,4 | 0,8 |



Вывод: по данной диаграммы мы видим, что население не достаточно информированно о своем заболевание

Ответили что лечатся регулярно, 78% опрошенных больных с ИМ и только 39% больных с артериальной гипертензией. Под регулярностью соблюдение рекомендации врача каждый месяц предшествующего анкетированию. Причины не соблюдение рекомендации врачей представлены в таблице

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Пациент с аг % | Пациент им % |
| Недостаточность информации | 61 | 0 |
| Опасность возникновение побочных эфектов | 58 | 0 |
| Опасность «привыкание» | 34 | 7 |
| Финансовые затруднения | 17 | 13 |
| Забывают рекомендации враче а также прием лекарств | 10 | 13 |
| Не чувствуют, что лекарства необходимы | 0 | 4 |
|  |  |  |



При анализе причин нерегулярности выполнение рекомендации врачей с АГ выяснилась, что чаще других встречается недостаточная информированность о необходимости антигипертензивной терапии 61% из-за боязни побочных эффектов и опасности привыкание по этому не выполняют рекомендации врачей. Финансовые затруднения как причини нерегулярного выполнение рекоминдации врачей назвали 13% пациентов с им.

В ходе анкетирования пациент с артериальной гипертензии и инфарктом миокарда было предложено определить, каким образом такие факторы как возраст, курение, масса тела, малоподвижный образ жизни, стресс, чремерное употребление поваренной соли, лоупотребление алкоголем, отягощенная наследственность по сердесчным сосудистым заболевания и ускоряют развитие осложений

Факторы, ухудшающие течение артериальную гипертензию и острый инфаркт миокарда и ускоряющие развитие осложнений ( мнение пациентов)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Факторы | Пациенты с АГ% | Пациенты с ИМ% |
| Возраст | 68 | 0 |
| Курение | 23 | 30 |
| Избыточный вес | 50 | 17 |
| Наследственность | 21 | 0 |
| Гиподинамия | 62 | 35 |
| Стресс | 81 | 17 |
| Сахарный диабет | 16 | 57 |
| Повышенный уровень холестерина крови | 18 | 39 |
| Артериальная гипертония | 0 | 17 |

Оказалась что 68% пациентов с АГ считают, что ад повышается с возрастом, 23% больныс с аг и 30% ИМ знают, что курение неблагоапиятно влияет на течение заболевания. Избыточный вес фактор риска отметили 50% больных с АГ и только 17% с им ю большинство пациентов с Артериальной давлением отметили неблагоприятное влияние на течение заболевания чпстый стрессов 81% и малоподвижного образа жизни 62% пациет с инфарктом миокарда придают эти факторам меньшее значение ( соответвеноо 17% и 35% ) но наличие сахарного диабета как фактор, ухудшающего прогноз ИМ, отметили 57% Полученное расхождение в оценке начимости таких факторов риска, как сахарный диабет и повышенное содержание холестерина крови у пациетов с АГ и ОИМ можно обясните тем, что пациенты с АГ значительно меньше информированы о своих собственных факторов риска . При обработке анкет оказалость, что 61% больных с АГ и лишь 17,4% пациентов с ОИМ хотели бы получить больше информации о своей болезни от лечащего врача. Только 51% больных с аг и 91,3% больных с ОИМ знает какое ад. Собственный вес знают 69% больнах с АГ и65,2% больных с ОИМ. Информированность о уровне глюкозы крови составляет у пациетнов с ОИМ 56,6% у больных с АГ 34%

По данный анкете рассматривала еще вапрос который в него входил « соблюдаете ли вы диету назначенную врачом) ниже преведена диаграмма и таблица номер (3 опрос был проведен с поликлиника 3 25 пациентов и кардиологический диспансер 20 человек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Соблюдают ли диету | Да | нет |
| Поликлиника 3 | 15 | 10 |
| Кардиологический диспансер | 5 | 15 |



По данной таблице мы видем что 20 человек ответили что соблюдат диету а 25 пациентов ответили что не соблюдают потому что они не знают. А значит небыло достаточной информации чтоб сказать пациентом как соблюдать диету больше всего показала в кардиологическом диспансере а значит там не проводиться беседа

Таблица по оценки работы медперсанала с пациентами опрос был проведен в поликлинике 3 и кардиологическому диспансеру

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Отношение поликлиника 3 | Кардиологическому диспансеру |
| Отлично | 24% | 0% |
| Нормально | 40% | 24% |
| Средне | 28 | 40% |
| Плохо | 0 | 50% |



Вывод: отношение поликлиники 3 лутше к пациентам чем кардиологическому диспансеру. На мои дальнейшие вопросы ответили что информацию и вежливость получают от поликлинике третей, часть ответила с кардиоцентра что вообще не разговаривают и не объясняют ход манипуляций.

По данному анкетированию были проведены еще некоторые вопросы умеете ли вы измерчять ад, пульс, применять нитроглицерин, соблюдать двигательный режим приведена таблица ( номер 5 с диаграммой) опрошены были как в поликлинике третей так и кардиологическом диспансере

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Умеете измерять ад | Умеете измерять пульс | Умеете ли вы принимать нитроглицерин | Умеете ли вы соблюдать двигательный режим |
| Да | 25 | 30 | 20 | 0 |
| Нет | 15 | 6 | 10 | 20 |
| Есть вопросы | 5 | 4 | 15 | 25 |



Оказываться опрашиваемые люди знают как измерять ад, пульс, соблюдать двигательный режим и принимать лекарственные средства, из них ответили на вопрос нет значит либо пациенты не умею либо не хотят знать , а также ответили несколько пациентов что они недостаточно информированы и хотят знать об информации как измерять, как считать, сколько принимать нитроглицерин, и как соблюдать двигательный режим

Заключение

Около 15-20% больных инфарктом миокарда погибают на догоспитальном этапе, еще 15% - в больнице. Общая летальность при инфаркте миокарда - 30-35%. Большая часть больничной летальности приходится на первые двое суток, поэтому основные лечебные мероприятия проводят именно в этот период. Контролируемые испытания показали, что восстановление перфузии в течение первых 4-6ч инфаркта миокарда способствует ограничению его размеров, улучшению локальной и общей сократимости левого желудочка, снижению частоты больничных осложнений (сердечной недостаточности, ТЭЛА, аритмий) и летальности. Восстановление перфузии в течение первых 1-2ч инфаркта миокарда особенно благоприятно. Позднее восстановление перфузии также сопровождается увеличением выживаемости, что связывают с улучшением заживления миокарда и уменьшением частоты аритмий (но не ограничением размеров инфаркта).

При лечении прединфарктного состояния задача медсестры - купировать болевой синдром, после чего обязательно контролировать витальных функций в терапевтическом стационаре, где ему будет проводиться гепарино-терапия. Совершенно обязателен постельный режим.

Наиболее частой тактической ошибкой медицинских работников являются те случаи, когда больные в прединфарктном состоянии продолжают работать, им не назначают постельный режим и адекватное лечение.

Профилактику ишемической болезни сердца (ИБС) следует начинать уже в 35-40-летнем возрасте (а при наследственной отягощенности - еще раньше) и проводить ее, исключая по возможности факторы риска (так называемая первичная профилактика) и устраняя уже наступившие изменения в органах, обусловленные атеросклерозом сосудов (так называемая вторичная профилактика). Созданный в 1982 г. в Москве Институт профилактической кардиологии решает научные и методические вопросы профилактики ИБС.

Рекомендуется по возможности исключить нервное перенапряжение, урегулировать внутрисемейные и служебные взаимоотношения, исключить неприятные переживания. Установлено, что" люди ипохондрического склада характера, легко впадающие в плохое настроение, чрезмерно обидчивые, не умеющие планировать время работы и отдыха, чаще заболевают инфарктом миокарда.

Важнейшее профилактическое значение имеет рациональная физическая нагрузка: пешеходные ежедневные прогулки, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание в бассейне. медсестра должны настойчиво пропагандировать пользу физической активности, улучшающей кровообращение миокарда и конечностей, активирующей противосвертывающую систему организма.

При неосложненной ИБС рекомендуется такая физическая нагрузка, при которой пульс учащается не более чем на 80% от фона, т. е. для лиц 50-60 лет при выполнении физических упражнений не превышает 140 в минуту, для 60-65-летних - не более 130 в минуту. Систолическое артериальное давление при этом не должно повышаться более 220 мм рт. ст., а диастолическое - не более чем на 10 мм рт. ст. от фона. Во всех случаях уточнить режим физической нагрузки должен врач.

Диета при ИБС должна быть низкокалорийной - около 2700 ккал/сут и при ожирении - не более 2000 ккал/сут (белков 80-90 г, жиров 70 г, углеводов 300 г). В рационе ограничивают животный жир (не более 50%), исключают тугоплавкие жиры - говяжий, свиной, бараний и богатые клетчаткой продукты - студень, мозги, печень, легкие; исключаются изделия из сдобного теста, шоколад, какао, жирные мясные, грибные и рыбные бульоны, ограничивается картофель, сахар (не более 70 г в день). Рекомендуются употребление ксилита и фруктозы, введение в рацион растительных масел, творога и других молочных продуктов, капусты, продуктов моря в виде салатов. Рекомендуются разгрузочные дни. Следует сократить до 4-5 г содержание поваренной соли в пище. Больным ИБС не рекомендуется принимать более 5-6 стаканов жидкости в день. Запрещаются курение и употребление алкоголя.

Необходима большая разъяснительная работа по борьбе с избыточным питанием, по профилактике и лечению ожирения - важнейшего фактора риска ИБС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

инфаркт миокард лечение уход

1. Ведение больных на догоспитальном этапе//А. Л. Верткин, А. В. Тополянский, В. В. Городецкий и др.-М.: Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней МГМСУ, //Доктор.Ру, 9, 2003

. Смолева Э.В., Степанова Л.А. ИБС. Острый инфаркт миокарда.//Карманный справочник фельдшера.-М., 2003г. -289с.

. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. -М.: Медицинское информационное агентство, 2003 г.

. Фадеева Т.Б.Справочник фельдшера: неотложная помощь.-М.: Современный литератор, 2008г.-288 с.

. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Острый инфаркт миокарда.// В мире лекарств, 2, 1998.

. Грицюк. А.И. и др. « инфаркт миокарда»/ А.И. Грицюк, Н. А. Гватуа, И.К. Следзевская.

. Долюачян З.Л. « Инфаркт миокарда и электромеханическая активность сердца»

. Рябов С,И. « уход за больными сердечно-сосудистыми заболеваниями

. современная медицинская энциклопедияю СПб. «юрист».2002.

. справочник практикующего врача. В двух книгах. М.: Мир и образование 20.03.

. журнал « медсестра» №6 -2001г

. кобалава Ж Д. российская научно-практическая программа АРГУС « улучшение выявления, оценки и лечения артериальной гипертонии у пациетов старше 55 лет»\\ актуальные вопросы артериальной гипертензии. 2000.№1. С. 7-11

АНКЕТИРОВАНИЕ

. сколько вам полных лет?

2. Сколько у вас вес?

. Есть ли у вас сахарный диабет

А. да

Б. Нет

В. незнаю

. Балели ли у вас радитетели с им и аг?

А. да

Б. нет

В. Незнаю

. знаете ли вы о своем заболевание ?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

. знаете ли вы причину развитие Инфаркта миокарда?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

. Знаете ли вы что такое артериальное гипертензия?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

. Знаете ли вы симптомы, характерные для Инфаркта миокарда?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

. Знаете ли Вы, что диагностика и лечение Инфаркта миокарда является бесплатным?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

8. Табакокурение, употребление алкоголя, наркотический средств - способствует к развитие инфаркта миокарда?

а. да

б. нет

в. Не знаю

г. Не интересовался

9. Соблюдаете ли вы диету назначенную врачом?

А. да

Б. нет

10. Будете ли вы соблюдать рекомендации врача после выписки из стационара?

А. да

Б.нет

В. Незнаю

11. Понравилось ли вам отношение медицинского персонала а период пребывания в стационаре?

А. да

Б. нет

12. Как вы оцениваете работу медицинских сестер?

А. отлично

Б. нормально

В. Среднее

Г. плохое

13. Знаете ли вы как соблюдать двигательные режим после инфаркта миокарда?

А. да

Б. нет

В. Есть вопросы

14. Знаете ли как нужно принимать нитроглицирин при болях?

А. да

Б. нет

15. Умеете ли вы измерять ад?

А. да

Б. нет

В. Есть вопросы

16. Знаете ли вы какое ад в норме бывает?

А. да

Б. нет

В. Есть вопросы

17. Умеете ли вы измерять пульс?

А. да

Б. нет

В. Есть вопросы

18. Знаете ли вы как поступить если приступ застал вас на улице, когда вы шли?

А. да

Б. нет

В. незнаю