Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Государственное автономное образовательное учреждение

среднего профессионального образования Республики Татарстан

«НИЖНЕКАМСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Специальность 060501 Сестринское дело

КУРСОВАЯ РАБОТА

«Сестринский процесс при заболеваниях сердечно сосудистой системы.

Инфаркт миокарда»

Билалова Лилия Азатовна

Руководитель: Климина З.А.

Нижнекамск 2015 г.

Содержание

Введение

.Анатомия и физиология сердца

1.1 Система кровообращения

.2 Основные физиологические свойства сердечной мышцы

2. Инфаркт миокарда

2.1 Осложнения инфаркта миокарда

.2 Лечение инфаркта миокарда

3. Лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда

3.1 Диетотерапия

.2 Режимы двигательной активности

.3 Последствия инфаркта миокарда

.4 Профилактика инфаркта миокарда

Заключение

Список использованной литературы

# Введение

«Эпохой сердечно - сосудистых заболеваний» назовут будущие поколения XX век. Сердечно - сосудистые заболевания являются самыми распространенными и опасными болезнями не только XX, но уже XXI века. Сравниться с ними по распространенности и опасности для человека могут только онкологические заболевания и диабет. В прежние времена эпидемии чумы, оспы и тифа уносили миллионы человеческих жизней. К счастью, эти бедствия остались в прошлом, но людей продолжают забирать новые заболевания. Причин такого подавляющего распространения сердечно - сосудистых заболеваний несколько.

Основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность и употребление табака. Такое поведение приводит к 80% случаев ишемической болезни сердца и болезни сосудов головного мозга.

Последствия нездорового питания и отсутствия физической активности могут проявляться у некоторых людей как повышенное кровяное давление, повышенный уровень глюкозы в крови, повышенный уровень липидов в крови, а также как излишний вес и ожирение. Эти «промежуточные факторы риска» могут быть измерены в первичных медико-санитарных учреждениях. Они указывают на повышенный риск развития инфаркта, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.

Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно - сосудистых заболеваний. Сердечно - сосудистый риск можно также снизить с помощью профилактики или лечения гипертонии, диабета и повышенного уровня липидов в крови.

Для того чтобы люди выбирали и поддерживали здоровые формы поведения, необходима политика по созданию окружающей среды, благоприятной для обеспечения здорового выбора, его доступности и приемлемости по стоимости.

Существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие хронических болезней, или "основополагающих причин". Они являются отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям - это глобализация, урбанизация и старение населения. Другими определяющими факторами для ССЗ являются нищета и стресс.

Основные факты.

· Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ.

· По оценкам, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,3 миллиона человек умерло от ишемической болезни сердца и 6,2 миллиона человек в результате инсульта.

· Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 80% случаев смерти от ССЗ происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин.

· К 2030 году около 23,3 миллионов человек умрет от ССЗ, главным образом, от болезней сердца и инсульта, которые, по прогнозам, останутся единственными основными причинами смерти.

· Большинство сердечно - сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности, повышенное кровяное давление, диабет и повышенный уровень липидов.

· 9,4 миллиона ежегодных случаев смерти, или 16,5% всех случаев смерти, может быть обусловлено повышенным кровяным давлением. В это число входят 51% случаев смерти в результате инсультов и 45% случаев смерти в результате ишемической болезни сердца.[1.http]

Симптомы инфаркта включают:

· боль или неприятные ощущения в середине грудной клетки;

· боль или неприятные ощущения в руках, левом плече, локтях, челюсти или спине.

Кроме того, человек может испытывать затруднения в дыхании или нехватку воздуха; тошноту или рвоту; чувствовать головокружение или терять сознание; покрываться холодным потом и становиться бледным. Женщины чаще испытывают нехватку дыхания, тошноту, рвоту и боли в спине и челюсти.

Люди, испытывающие эти симптомы, должны немедленно обращаться за медицинской помощью.

Почему сердечно - сосудистые заболевания являются вопросом развития в странах с низким и средним уровнем дохода?

· Более 80% случаев смерти от ССЗ в мире происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

· Люди в странах с низким и средним уровнем дохода в большей мере подвергаются воздействию факторов риска, таких как табак, которые приводят к развитию ССЗ и других неинфекционных заболеваний. В то же время они часто не могут пользоваться преимуществами программ по профилактике по сравнению с жителями стран с высоким уровнем дохода.

· Люди в странах с низким и средним уровнем дохода, страдающие от ССЗ и других неинфекционных болезней, имеют меньший доступ к эффективным и справедливым медико-санитарным службам, отвечающим их потребностям (включая службы раннего выявления).

· В результате, многие люди в странах с низким и средним уровнем дохода умирают от ССЗ и других неинфекционных болезней в более молодом возрасте, часто в самые продуктивные годы жизни.

· Особенно страдают самые бедные люди в странах с низким и средним уровнем дохода. На уровне отдельных семей появляется достаточно фактических данных, свидетельствующих о том, что ССЗ и другие неинфекционные заболевания способствуют дальнейшему обнищанию семей из-за катастрофических расходов на медицинскую помощь и высокой доли расходов из собственных средств.

Необходимо расширять государственные инвестиции в профилактику и раннее выявление путем проведения национальных программ, направленных на профилактику неинфекционных заболеваний, включая ССЗ, и борьбу с ними.

Гипотеза: Восстановление состояния здоровья происходит быстрее, если пациент соблюдает предписанную ему диету, двигательный режим. Инфаркты встречаются реже в тех случаях, если человек проводит профилактику по устранению факторов риска развития этого заболевания: отказывается от вредных привычек, контролирует массу тела, уровень глюкозы и холестерина в крови, соблюдает диету и ведет активный образ жизни.

Цели: Изучение анатомии и физиологии сердца, исследование сущности инфаркт миокарда, определение методики лечения инфаркта миокарда, рассмотрение специфики сестринского вмешательства при инфаркте миокарда, выявление последствий и профилактики инфаркта миокарда. Задачи:

)Изучить анатомию и физиологию сердца.

)Раскрыть понятие инфаркт миокарда.

)Выявить факторы риска инфаркта миокарда.

) Рассмотреть атипичные формы и осложнения инфаркта миокарда.

) Описать лечение и помощь при инфаркте миокарда

)Изучить лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда.

)Рассмотреть последствия и профилактику инфаркта миокарда.

# 1. Анатомия и физиология сердца

Сердце человека - полый мышечный орган. Сплошной вертикальной перегородкой сердце делится на две половины: левую и правую. Вторая перегородка, идущая в горизонтальном направлении, образует в сердце четыре полости: верхние полости-предсердия, нижние - желудочки (Рис.1.1). Масса сердца взрослого человека составляет 425- 570 г.



Длина сердца у взрослого человека достигает 12-15см, поперечный размер 8-10 см, переднезадний 5-8 см. Масса и размеры сердца увеличиваются при некоторых заболеваниях (пороки сердца), а также у людей, длительное время занимающихся напряженным физическим трудом или спортом.



сердце инфаркт миокард

Стенка сердца состоит из трех слоев: внутреннего, среднего и наружного (Рис.1.2).

Внутренний слой представлен эндотелиальной оболочкой (эндокард), которая выстилает внутреннюю поверхность сердца. Средний слой (миокард) состоит из поперечно - полосатой мышцы. Мускулатура предсердий отделена от мускулатуры желудочков соединительнотканной перегородкой, которая состоит из плотных фиброзных волокон - фиброзное кольцо. Мышечный слой предсердий развит значительно слабее, чем мышечный слой желудочков. Наружная поверхность сердца покрыта серозной оболочкой (эпикард). Перикард (сердечная сорочка) окружает сердце как мешок и обеспечивает его свободное движение. Перикард состоит из двух листков: внутреннего (эпикард) и наружного, обращенного в сторону органов грудной клетки. Между листками перикарда имеется щель, заполненная серозной жидкостью. Жидкость уменьшает трение листков перикарда. Перикард ограничивает растяжение сердца наполняющей его кровью и является опорой для коронарных сосудов.

В норме левые и правые отделы сердца абсолютно раздельны. У предсердий и желудочков разные функции. В предсердиях накапливается кровь, поступающая в сердце. Когда объем этой крови достаточен, она проталкивается в желудочки. А желудочки проталкивают кровь в артерии, по которым она движется по всему организму. Мышечный слой в желудочках значительно толще, чем в предсердиях. Предсердия и желудочки с каждой стороны сердца соединяются предсердно-желудочковым отверстием. Кровь через сердце движется только в одном направлении. По большому кругу кровообращения из левой части сердца (левого предсердия и левого желудочка) в правую, а по малому из правой в левую.

Правильное направление обеспечивает клапанный аппарат сердца (Рис.1.3):

· трехстворчатый

· легочный

· митральный

· аортальный клапаны.

Они открываются в нужный момент и закрываются, препятствуя кровотоку в обратном направлении.



Трикуспидальный или трехстворчатый клапан расположен между правым предсердием и правым желудочком. Он состоит из трех створок. Если клапан открыт, кровь переходит из правого предсердия в правый желудочек.

Легочный клапан расположен на входе в легочный ствол. Он открывается под давлением крови при сокращении правого желудочка, кровь поступает в легочные артерии, затем под действием обратного тока крови при расслаблении правого желудочка он закрывается, препятствуя обратному поступлению крови из легочного ствола в правый желудочек.

Двустворчатый или митральный клапан находится между левым предсердием и левым желудочком. Состоит из трех створок. Если он открыт, кровь поступает из левого предсердия в левый желудочек, при сокращении левого желудочка он закрывается, препятствуя обратному току крови.

Аортальный клапан закрывает вход в аорту. Тоже состоит из трех створок, которые имеют вид полулуний. Открывается при сокращении левого желудочка. При этом кровь поступает в аорту. При расслаблении левого желудочка, закрывается.

В деятельности сердца можно выделить две фазы (Рис.1.4): систола (сокращение) и диастола (расслабление). Общая пауза (одновременная диастола предсердий и желудочков) сердца длится 0,4 с. Весь сердечный цикл продолжается 0,8с. Длительность различных фаз сердечного цикла зависит от частоты сердечных сокращений.



За одну минуту сердце сокращается примерно 60-70 раз. Чередование работы и отдыха каждого из отделов сердца обеспечивает неутомляемость сердечной мышцы.[13.c 308]

## 1.1 Система кровообращения

Кровь играет роль связующего элемента, который обеспечивает жизнедеятельность каждого органа, каждой клетки. Благодаря кровообращению ко всем тканям и органам поступают кислород и питательные вещества, а также гормоны, и выводятся продукты распада веществ (Рис.1.1.1,Рис.1.1.2).





Кроме того, кровь поддерживает постоянную температуру тела и защищает организм от вредных микробов. Кровь - это жидкая соединительная ткань, состоящая из кровяной плазмы и клеток.

Из органов пищеварения в плазму крови поступают питательные вещества, которые разносятся ко всем органам.

Движение крови в организме человека называется кровообращением.

Непрерывность тока крови обеспечивают органы кровообращения, к которым относятся сердце и кровеносные сосуды (Рис.1.1.3).



Система кровообращения через транспорт крови обеспечивает единство организма. Кровь в организме человека движется непрерывным потоком по двум кругам кровообращения - большому и малому (Рис.1.1.4). В малом круге (правый желудочек сердца, сосуды малого круга кровообращения и левое предсердие) происходит обмен крови с внешней средой. Здесь она насыщается кислородом и освобождается от углекислого газа. Большой круг (левый желудочек, сосуды большого круга кровообращения и правое предсердие) осуществляет кровоснабжение на уровне всего организма, кровь разносит ко всем органам кислород и питательные вещества и забирает от них углекислый газ.



Через нейрогуморальную регуляцию система кровообращения интегрируется в организме и посредством сенсоров высших нервных структур реагирует на изменения внешнего мира.[3. http]

1.2 Основные физиологические свойства сердечной мышцы

Сердечная мышца, как и скелетная, обладает способностью проводить возбуждение и сократимостью. Для возникновения возбуждения в сердечной мышце необходимо применить более сильный раздражитель, чем для скелетной. Установлено, что величина реакции сердечной мышцы не зависит от силы наносимых раздражений (электрических, механических, химических и т. д.).

Проводимость. Волны возбуждения проводятся по волокнам сердечной мышцы и так называемой специальной ткани сердца с неодинаковой скоростью.

Сократимость. Сократимость сердечной мышцы имеет свои особенности. Первыми сокращаются мышцы предсердий, затем - папиллярные мышцы и субэндокардиальный слой мышц желудочков. В дальнейшем сокращение охватывает и внутренний слой желудочков, обеспечивая тем самым движение крови из полостей желудочков в аорту и легочный ствол.

Рефрактерный период. В сердце в отличие от других возбудимых тканей имеется значительно выраженный и удлиненный рефрактерный период. Он характеризуется резким снижением возбудимости ткани в течение ее активности. Выделяют абсолютный и относительный рефрактерный период.

Сокращение миокарда продолжается около 0.3 с, по времени примерно совпадает с рефрактерной фазой. Следовательно, в период сокращения сердце неспособно реагировать на раздражители. Рефрактерный период длится больше чем период систолы, поэтому сердечная мышца неспособна к тетаническому (длительному) сокращению и совершает свою работу по типу одиночного мышечного сокращения.

Автоматия сердца. Способность сердца ритмически сокращаться под влиянием импульсов, возникающих в нем самом. Вне организма при определенных условиях сердце способно сокращаться и расслабляться, сохраняя правильный ритм. [9.http]

# 2. Инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда - грозное осложнение ишемической болезни сердца, вызванное закупоркой коронарной артерии тромбом или атеросклеротической бляшкой (Рис.2.1,Рис.2.2). В результате закупорки происходит нарушение кровоснабжения миокарда и омертвение участка сердечной мышцы (некроз).



Чаще всего это нарушение возникает на фоне атеросклероза артерий, при котором происходит образование атеросклеротических бляшек на стенках сосудов. Эти бляшки сужают просвет коронарных артерий, а также могут способствовать разрушению стенок сосудов, что создает дополнительные условия для образования тромбов и стеноза артерий.



Факторы риска инфаркта миокарда.

1) Атеросклероз. Нарушение липидного обмена, при котором происходит образование атеросклеротических бляшек на стенках сосудов.

) Возраст. Риск развития заболевания повышается после 45-50 лет.

) Пол. По данным статистики, у женщин это инфаркт возникает в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин.

)Артериальная гипертония. Люди, страдающие гипертонической болезнью, имеют повышенный риск развития инфаркта, поскольку при повышенном артериальном давлении повышается потребность миокарда в кислороде.

)Перенесенный ранее инфаркт миокарда, даже мелкоочаговый.

)Курение. При хронической никотиновой интоксикации происходит сужение коронарных артерий, что приводит к недостаточному снабжению миокарда кислородом. Причем речь идет не только об активном курении, но и пассивном.

)Ожирение и гиподинамия. При нарушении жирового обмена ускоряется развитие атеросклероза, артериальной гипертензии, повышается риск возникновения сахарного диабета. Недостаточная физическая активность также негативно сказывается на обмене веществ в организме, являясь одной из причин накопления избыточной массы тела.



8)Сахарный диабет. Повышенный уровень глюкозы в крови оказывает пагубное действие на стенки сосудов и гемоглобин, ухудшая его транспортную функцию (перенос кислорода).

Симптомы инфаркта миокарда

Это острое состояние имеет довольно специфичные симптомы. Тем не менее следует помнить, что встречаются и атипичные формы этого заболевания. Основной симптом заболевания - это сильная боль (Рис.3.3). Боль, возникающая при инфаркте миокарда, локализуется за грудиной, она жгучая, кинжальная, некоторые больные характеризуют ее как «раздирающую». Боль может отдавать в левую руку, нижнюю челюсть, межлопаточную область. Возникновению этого симптома не всегда предшествует физическая нагрузка, нередко болевой синдром возникает в состоянии покоя или в ночное время. В отличие от приступа стенокардии, болевой синдром при инфаркте миокарда сохраняется более 30 минут и не купируется в покое или повторным приемом нитроглицерина. Следует отметить, что даже в тех случаях, когда болевой приступ длится более 15 минут, а принимаемые меры неэффективны, необходимо немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи. [8. http]

Атипичные формы инфаркта миокарда.

Гастритический вариант. Болевой синдром, возникающий при этой форме заболевания, напоминает боль при обострении гастрита и локализуется в надчревной области. При осмотре может наблюдаться напряжение мышц передней брюшной стенки. Обычно такая форма инфаркта миокарда возникает при поражении нижних отделов левого желудочка, которые прилегают к диафрагме.

Астматический вариант. Напоминает тяжелый приступ бронхиальной астмы. У больного возникает удушье, кашель с пенистой мокротой (но может быть и сухим), при этом типичный болевой синдром отсутствует или выражен слабо. В тяжелых случаях может развиться отек легких. При осмотре может выявляться нарушение сердечного ритма, снижение артериального давления, хрипы в легких. Чаще всего астматическая форма заболевания возникает при повторных инфарктах миокарда, а также на фоне тяжелого кардиосклероза.

Аритмический вариант. Эта форма инфаркта миокарда проявляется в виде различных аритмий или атриовентрикулярных блокад различной степени. Из-за нарушения сердечного ритма может маскироваться картина инфаркта миокарда на электрокардиограмме.

Церебральный вариант. Характеризуется нарушением кровообращения в сосудах головного мозга. Больные могут жаловаться на головокружение, головную боль, тошноту и рвоту, слабость в конечностях, сознание может быть спутанным.

Безболевой вариант (стертая форма). Болевой синдром может полностью отсутствовать, пациенты жалуются на неопределенный дискомфорт в грудной клетке, повышенное потоотделение. Чаще всего такая стертая форма заболевания развивается у больных сахарным диабетом и протекает очень тяжело. Иногда в клинической картине инфаркта миокарда могут присутствовать симптомы разных вариантов заболевания, прогноз в таких случаях, к сожалению, неблагоприятный.

2.1 Осложнения инфаркта миокарда

Кардиогенный шок. Ведущий механизм кардиогенного шока это - снижение минутного объема сердца. Клиническая картина кардиогенного шока характеризуется быстрым и резким снижением АД, малым пульсом, слабостью, заторможенностью, бледностью кожи и слизистых с цианотическим оттенком, понижением температуры конечностей, выраженной потливостью, олигоурией или анурией. Снижение систолического артериального давления ниже 80 мм рт.ст. - четкий клинический признак развивающегося кардиогенного шока. Чаще всего кардиогенный шок развивается в первый день ИМ, гораздо реже на 2-4 день с момента развития инфаркта миокарда.

Отек легкого. Весьма часто самое начало отека легких характеризуется симптомами сердечной астмы, в первую очередь - появлением удушья. Затем достаточно быстро появляется мощный цианоз слизистых оболочек, далее развивается шумное дыхание, а затем и клокочущее дыхание. Финалом процесса является появление изо рта пенистой мокроты, которая может вытекать обильной струей. В дальнейшем и очень быстро жидкость заполняет все воздухоносные пути легких и наступает смерть от асфиксии.

Аневризма сердца. Она представляет собой ограниченное выбухание стенки сердца. Бывает острая, подострая и хроническая аневризма миокарда. Когда еще не полностью некротизированный участок сердца, потеряв почти полную способность сокращаться, начинает в процессе контрактильной деятельности катастрофически растягиваться и выпячиваться под влиянием внутрижелудочкового давления. По своей морфологической форме аневризмы бывают: диффузные, мешковидные и грибовидные.

Тромбоэндокардит- клинический синдром, характеризующийся образованием пристеночных тромбов в полостях сердца, на клапанах и прилегающем эндокарде. В его клинических проявлениях наблюдается: потливость, общая слабость, тахикардия, субфебрилитет, и что крайне важно - рефрактерность к антибиотикам. Одновременно с этим весьма часто регистрируются: лейкоцитоз и ускоренная реакция оседания эритроцитов.

Разрывы сердца с тампонадой. Нередко предшествует резчайшая загрудинная боль. После разрыва стенки желудочка больной погибает обычно через несколько секунд или минут от тампонады сердца, приводящей к асистолии. При небольших надрывах сердца тампонада развивается в течение нескольких часов.

Постинфарктный синдром Дрейслера. Патогенез этого синдрома связан с аутоиммунной агрессией. В результате чего - данный синдром проявляется: перикардитом, плевритом, и пневмонитом. Клиника синдрома Дрейслера развивается обычно через 2-6 недель после развития острого инфаркта миокарда.

Перикардит. Наиболее типичная жалоба боль: острая или реже тупая, меняющая свою интенсивность в зависимости от положения тела. Боль зависит от дыхания - на высоте вдоха она усиливается. Через несколько часов после появления такой боли начинает прослушиваться шум трения перикарда. Перикардит развивается чаще на 2-4 сутки и продолжается от нескольких часов до 1-2 дней. Течение перикардита часто сопровождается различными аритмиями.

## 2.2 Лечение инфаркта миокарда

При подозрении на инфаркт миокарда необходимо немедленно вызвать бригаду скорой помощи и начать оказывать помощь больному.

Необходимо снизить нагрузку на сердце, для этого больного нужно уложить с приподнятым изголовьем. Нужно обеспечить приток свежего воздуха и постараться успокоить пациента, можно дать успокоительные препараты. Следует дать больному под язык (можно предварительно измельчить) таблетку нитроглицерина и разжевать одну таблетку аспирина. Если под рукой есть препараты из группы бета-блокаторов (Атенолол, Метапролол), то необходимо дать больному разжевать 1 таблетку. Если больной постоянно принимает эти лекарственные средства, то нужно принять внеочередную дозу лекарства. Для уменьшения интенсивности болевого синдрома необходимо дать больному обезболивающий препарат (анальгин, баралгин, пенталгин и др.). Дополнительно пациент может принять таблетку панангина или 60 капель корвалола. При подозрении на остановку сердца (потеря сознания, остановка дыхания, отсутствие пульса и реакции на внешние раздражители) необходимо немедленно начинать реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и искусственное дыхание). Если больной не приходит в сознание, то продолжать их нужно до приезда врачей. Лечение в стационаре включает:

· Купирование болевого синдрома

· Фибринолитическую терапию

· Нитраты

· Бета - адреноблокаторы

Цели терапии: купирование болевого синдрома, ограничение зоны ишемического повреждения, восстановление или улучшение кровотока в пораженном участке коронарной артерии, профилактика (лечение) осложнений, психологическая и физическая реабилитация.

# 3. Лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда

Ставятся две задачи: профилактика осложнений, ограничение зоны инфаркта, необходимо, чтобы лечебная тактика соответствовала периоду заболевания. Неотложная помощь при ангинозном приступе. При возникновении у больного болей в области сердца следует немедленно вызвать врача, до прихода которого медицинская сестра должна оказать первую доврачебную помощь. Тактика медицинской сестры до прихода врача: - успокоить больного, измерить АД, подсчитать и оценить характер пульса; - помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой; - дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового раствора на кусочке сахара или таблетку валидола под язык); - поставить горчичники на область сердца и на грудину; при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца; - внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель; - до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного. При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или ифаркта миокарда, что требует назначения врачом более сильных лекарственных средств. Эмоциональное напряжение, явившееся причиной приступа и сопровождавшее его, может быть устранено применением седативных средств. Медицинская сестра в критических для больного ситуациях должна проявлять выдержку, работать быстро, уверенно, без излишней поспешности и суетливости. От того, насколько грамотно медицинская сестра умеет распознавать характер болей в области сердца, зависит эффект лечения, а иногда и жизнь больного. Наряду с этим медицинская сестра не должна забывать, что она не просто медицинская сестра, а сестра милосердия.

Медсестра, осуществляющая наблюдение за больным инфарктом миокарда, должна:

· осторожно менять белье, проводить санитарную обработку;

· оказывать помощь при физиологических отправлениях (подать судно, утку);

· кормить больного;

· контролировать соблюдение больным двигательного режима;

· оказывать помощь при расширении двигательного режима;

· следить за пульсом, АД, дыханием;

· следить за регулярным опорожнением кишечника (при необходимости ставить масляные или гипертонические клизмы);

· контролировать качество и состав приносимых из дома продуктов;

· своевременно выполнять все назначения врача;

· уметь пользоваться дефибриллятором.

Медицинская сестра должна уметь выявлять все проблемы пациента:

· настоящие (жалобы больного);

· потенциальные (возобновление болей в области сердца, появление аритмии, страх летального исхода);

· физиологические (трудности при совершении акта дефекации и акта мочеиспускания в положении лежа);

· психологические (неожиданное изменение образа жизни, перерыв в работе, необходимость соблюдать строгий постельный режим и т.д.);

· социальные (больной может быть одиноким, его никто не навещает, не приносит передачи).

В связи с этим медицинская сестра должна постоянно контактировать с больным и проводить успокаивающие и обучающие беседы: - о возможности осложнений болезни; - о необходимости соблюдения двигательного режима; - о необходимости приема назначенных препаратов; - о благоприятном прогнозе болезни при соблюдении всех этих условий.

Рекомендации медицинской сестре в общении с пациентом:

· поддерживать и поощрять стремление пациента к выздоровлению в сложившейся клинической ситуации;

· быть терпеливой и корректной при выполнении интимных процедур;

· принимать во внимание уровень личностной зрелости пациента;

· разговаривать на понятном ему языке;

· соблюдать принцип информированного согласия: объяснять значимость лечебной процедуры, нацелить на позитивные результаты;

· помочь пациенту стать деятельным участником лечебного процесса.

Большое значение в лечении пациентов с острым ИМ имеет правильный уход, так как пациент достаточно долгое время соблюдает постельный режим.

## 3.1 Диетотерапия

Основные требования к диетотерапии при инфаркте миокарда - диета 10:

**\*** ограничение животных жиров;

**\*** ограничение холестеринсодержащих продуктов;

**\*** ограничение поваренной соли;

**\*** ограничение потребления воды;

**\*** прием пищи 5-6 раз в сутки;

**\*** прием пищи в отварном и запеченном виде.

Рекомендуется:

Хлеб серый грубого помола, сухари, не сдобное печенье, супы вегетарианские, крупы, молочные продукты, фрукты, нежирный мясной бульон - 1 раз в неделю. Мясо, рыба нежирные сорта, белковый омлет, овощные винегреты и салаты с растительным маслом. Не крепкий чай и кофе. Сахар - до 40 г в сутки.

Исключаются: жирные блюда из мяса и рыбы, сдобно тесто, мозги, почки, печень, икра, тугоплавкие жиры, мороженое, соленые закуски, консервы. алкоголь, какао, шоколад, бобы.

##

## 3.2 Режимы двигательной активности

Большое значение в лечении пациентов с инфарктом миокарда имеет режим двигательной активности, который назначает врач в зависимости от тяжести заболевания.

Строгий постельный режим назначают в период первых дней острого инфаркта миокарда - пациенту не разрешают самостоятельные перемещения в постели. Все основные потребности человека нарушены, медсестра проводит все независимые и зависимые мероприятия пациенту в целях профилактики потенциальных проблем.

Постельный режим. Разрешают ограниченную физическую активность: повороты в постели сидеть в постели, проводить лечебную гимнастику самостоятельно или с помощью специалиста в постели. Пациент испытывает ограничения в осуществлении удовлетворения своих потребностей. Медсестра побуждает пациента к самостоятельности и помогает ему в мероприятиях по уходу.

Полупостельный режим. Разрешают сидеть на кровати, стуле, проводить утренний туалет с помощью сестры или родственников. Пациент испытывает относительный дефицит самоухода.

Палатный режим. Разрешают перемещения в пределах палаты, уход осуществляет самостоятельно в пределах палаты.

Общий режим. Позволяет свободное перемещение в пределах лечебного отделения, прогулки по территории ЛПУ, полный самоуход пациента.

Наблюдение за соблюдением режима двигательной активности пациентом - обязанность медсестры.

Назначенный врачом режим двигательной активности физиологичен для пациента, если обеспечивает:

· уменьшение боли;

· борьбу с тканевой гипоксией;

· снижение отеков конечностей;

· профилактику мышечной гипотрофии и контрактур.

Расширение режима больному с инфарктом миокарда проводится постепенно.

Если ИМ протекает с осложнениями (длительно держится нарушение ритма, сердечная недостаточность), то темпы активизации пациента несколько замедляются, а сама активизация проводится под строгим наблюдением за пульсом и артериальным давлением.

Иммобильность пациента может привести к:

· Уменьшению экскурсии легких при акте дыхания;

· Образованию пролежней;

· Запорам;

· Бессоннице;

· Депрессии.

## 3.3 Последствия инфаркта миокарда

У больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развиваются нарушения ритма сердца. Из-за омертвения участка миокарда и формирования рубца снижается сократительная функция сердца, в результате чего развивается сердечная недостаточность. В результате обширного инфаркта и формирования большого рубца может возникнуть аневризма сердца - состояние, угрожающее жизни больного и требующее оперативного лечения. Аневризма не только ухудшает работу сердца, но и повышает вероятность образования тромбов в ней, также велик риск ее разрыва.

## 3.4 Профилактика инфаркта миокарда

Профилактика этого заболевания подразделяется на первичную и вторичную. Первичная направлена на то, чтобы не допустить возникновение инфаркта миокарда, а вторичная - на предупреждение повторения сердечно - сосудистой катастрофы у тех, кто ее уже перенес.

Профилактика необходима не только пациентам, страдающим сердечно - сосудистыми заболеваниями, но и здоровым людям, и сводится к устранению факторов, повышающих риск возникновения сердечно - сосудистых катастроф.

· Контроль массы тела.

· Отказ от вредных привычек.

· Контроль уровня холестерина в крови.

· Контроль артериального давления.

· Контроль уровня глюкозы в крови.

· Диета.

# Заключение

Сердечно - сосудистые заболевания являются самыми распространенными и опасными болезнями. Инфаркта миокарда имеет большое социальное значение, т.к. болезнь в последние годы молодеет, идет рост заболеваемости и высокая смертность. Целью моей курсовой работы является изучение инфаркта миокарда; определение методики лечения и сестринского процесса, а так же описание последствий и профилактики.

На лечение влияет обще состояние пациента, наличия сопутствующих заболеваний почек, печени и других органов, самолечение недопустимо и может привести к гибели больного.

Медицинская сестра должна оказывать всестроннюю помощь в критических для больного ситуациях. От профессионализма медицинской сестры зависит эффективность лечения,а иногда и жизнь больного.

Выявление и профилактика инфаркта миокарда на более ранних стадиях заболевания может значительно сократит число лиц, подверженных инфарктам и поможет избежать осложнений при лечении.

Полученные сведения об инфаркте миокарда могут быть полезными в ситуациях, если придется столкнуться с этим в жизни, в профессиональной деятельности, я также буду рекомендовать друзьям и знакомым придерживаться мер профилактики, чтобы предотвратить данную ситуацию.

# Список использованной литературы

1.Доктор Комаровский; Сердечно - сосудистые заболевания: [Электронный ресурс]. http://lib.komarovskiy.net/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-2.html

2.Могилевский областной лечебно-диагностический центр; Причины сердечно - сосудистых заболеваний: [Электронный ресурс]. http://www.modc.by/index.php?option=com\_content&view=article&id=52:2012-02-13-11-54-19

.Система кровообращения; Анатомия и физиология сердца: [Электронный ресурс]. http://priroda.inc.ru/anatomij/krovoobrachenie.html

. Анатомия и физиология сердца; Яблучанский Н.И. "Интерпретация в клинической физиологии сердца": [Электронный ресурс]. http://www.nedug.ru/library/

5.Строение сердца человека: [Электронный ресурс]. http://www.sweli.ru/zdorove/meditsina/kardiologiya/stroenie-serdtsa-cheloveka.html

.Система кровообращения; Анатомическое строение сердца: [Электронный ресурс]. https://sites.google.com/site/sistemakrovoobseniaseregina/home/anatomiceskoe-stroenie-serdca

7.Отделение сердечной хирургии и вспомогательного кровообращения; Инфаркт миокарда: [Электронный ресурс]. http://www.kardio.ru/profi\_1/index\_4\_1.htm

. Медикал j; Статьи врачей пациенту; Заболевания; Болезнь сердца и сосудов; Инфаркт миокарда: [Электронный ресурс]. http://www.medicalj.ru/diseases/cardiology/99-myocardial-infarction

9. Кардиология; Инфаркт миокарда: [Электронный ресурс]. https://health.mail.ru/disease/infarkt\_miokarda/

.Сестринское дело; Сестринский процесс при инфаркте миокарда: [Электронный ресурс]. http://sestrinskoe-delo.ru/etapi-sestrinskogo-protsessa/sestrinskiy-protsess-pri-infarkte-miokarda

. Пятифан; Сестринский процесс при инфаркте миокарда: [Электронный ресурс]. http://5fan.ru/wievjob.php?id=42913

12.Мой семейный врач; Инфаркт миокарда - симптомы, лечение, последствия и профилактика: [Электронный ресурс]. http://myfamilydoctor.ru/infarkt-miokarda-simptomy-lechenie-posledstviya-i-profilaktika/

.Гайворонский И.В. Анатомия и физиология человека: учеб. для студ.сред. проф. учеб. заведений/ И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук, А.И. Гайворонский.-3-е изд.,стер.- М.: Издательский центр « Академия»,2007.-496с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство по предмету «Основы сестринского дела»: учеб. пос.- 2-е изд., испр. и доп. -М.: ГЭОТАР-Медия,2010.-512с.