

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринское дело

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНФАРКТЕ
МИОКАРДА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051404
Фёдоровой Татьяны Юрьевны**

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В.

Рецензент
врач общей практики
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода» поликлиническое отделение №8
Прощай А.В.

БЕЛГОРОД 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	5
1.1. Характеристика и классификация инфаркта миокарда	5
1.2. Факторы риска и осложнения инфаркта миокарда	7
1.3. Клиническая картина инфаркта миокарда	9
1.4. Диагностика, лечение, сестринский уход за пациентами при инфаркте миокарда.....	13
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	23
2.1. Методы исследования.....	23
2.2. Результаты собственного исследования.....	23
2.3. Рекомендации пациентам при инфаркте миокарда.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность нашего исследования заключается в том, что в настоящее время образ жизни современного человека – это стрессы, гиподинамия, переедание, информационная загруженность, что приводит к развитию сердечно - сосудистых заболеваний. Не смотря на значительные достижения современной медицины, заболевания сердечно - сосудистой системы встречается довольно часто. Ишемическая болезнь сердца занимает первое место среди сердечно – сосудистых заболеваний. Ишемическая болезнь сердца – это поражение миокарда, обусловленное расстройством кровотока в коронарных артериях. Инфаркт миокарда является основной причиной смертности и инвалидности во всем мире, он представляет большую угрозу жизни и здоровью человека.

Инфаркт миокарда – это приступ коронарной недостаточности, длящийся более 30 минут и приводящий к некрозу участка сердечной мышцы, вследствие закрытия коронарного сосуда тромбом [7, с. 198].

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Игоревна Скворца уточнила, что сейчас сердечно-сосудистые заболевания сохраняют первое место среди причин смертности россиян, но их доля сократилась с около 70% до менее 50%. «В 2018 г. число первичных и региональных сосудистых центров возросло до 656. Увеличена частота применения системного тромболизиса и ангиопластик коронарных артерий. Это обеспечило снижение смертности от инфаркта миокарда на 7,3% и от cerebrovasкулярных болезней на 3,6%», — сказала она.

Цель исследования: изучение особенностей сестринского ухода за пациентами при инфаркте миокарда.

Задачи исследования:

изучить характеристику и классификацию инфаркта миокарда;

изучить факторы риска и осложнения инфаркта миокарда;

изучить клиническую картину инфаркта миокарда;
рассмотреть диагностику, лечение и сестринский уход за пациентами при инфаркте миокарда;
провести анкетирование по исследованию пациентов с инфарктом миокарда;
проанализировать анкетирование по исследованию пациентов с инфарктом миокарда;
сделать выводы.

Объект исследования: пациенты с инфарктом миокарда.

Предмет исследования: особенности сестринского ухода за пациентами при инфаркте миокарда.

Методы исследования:

научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
наблюдение;
эмпирический анализ;
изучение медицинской литературы;
анкетирование.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

Дата исследования: 2018 -2019г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

1.1. Характеристика и классификация инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда – острое заболевание, обусловленное возникновением одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровотока.

Основная причина развития инфаркта миокарда – внезапное и быстрое прекращение кровоснабжения участка сердечной мышцы, которое может происходить из-за:

– Атеросклероза коронарных (питающих сердечную мышцу) артерий хронического заболевания, характеризующегося уплотнением и потерей эластичности стенок артерий, сужение их просвета за счет так называемых атеросклеротических бляшек (образования, состоящих из смеси жиров (в первую очередь, холестерина (жироподобное вещество, являющееся «строительным материалом» для клеток организма) и кальция) с последующим нарушением кровоснабжения сердца;

– Спазма коронарных сосудов на фоне атеросклероза или без него, который изменяет активность коронарных (питающих сердечную мышцу) артерий из-за гиперчувствительности к воздействию факторов внешней среды (например, к стрессу);

– Тромбозы (закупорки) коронарных артерий – происходит при отрыве атеросклеротической бляшки (которая может находиться в любом сосуде организма) и перенесение ее с током крови в коронарную артерию.

Классификация инфаркта миокарда

Относительно размера поражения ткани инфаркт миокарда бывает:

– Мелкоочаговый, формируется один или несколько маленьких по размеру некротических участков. Диагностируется в 20% случаев от общего числа инфарктов. У 30 % пациентов мелкоочаговый инфаркт трансформируется в крупноочаговый;

– Крупноочаговый – чаще трансмуральный, образуется обширная область некроза.

В зависимости от кратности возникновения:

– Первичный, возникает первый раз;

– Повторный, развивается через 2 месяца или позже после начала первичного.

– Рецидивирующий, появляется на стадии формирования рубцовой ткани первичного инфаркта, то есть в течении первых 2 месяцев от первичного острого поражения миокарда.

В зависимости от развития осложнений:

– Неосложненный;

– Осложненный.

По клиническому течению протеканию периода:

– Предынфарктный;

– Острейший;

– Острый;

– Подострый;

– Постинфарктный.

Клинические формы:

– Типичная (болевая, ангинозная);

– Атипичные:

– Гастралгическая (абдоминальная) – нет болей в области сердца, а боли в животе;

– Астматическая;

– Аритмическая;

- Церебральная (протекает по типу инсульта);
- Бессимптомная (безболевая).

1.2. Факторы риска и осложнения инфаркта миокарда

Факторы риска

В настоящее время выделяют два вида факторов риска инфаркта: те, которые изменить невозможно и те, влияние которых сам человек в состоянии уменьшить или исключить.

Неизменяемые факторы риска:

- Возраст. Как правило, инфаркт миокарда развивается у лиц зрелого возраста. В период между 40 и 60 годами. В последнее время все чаще случаются инфаркты у молодых людей в возрасте от 30 до 40 лет.

- Пол. В возрасте до 50 лет инфаркт встречается чаще среди мужчин, но, когда женщина вступает в период менопаузы и остается без защиты женских половых гормонов, женские инфаркты случаются чаще.

- Наследственная предрасположенность. Многими исследованиями доказано, что, если у родственников были инфаркты, риск их возникновения значительно повышен. Неизменяемые факторы риска – отнюдь не приговор, наоборот – это стимул к тому, чтобы вести такой образ жизни, который не даст шанса заболеваниям сердца.

- Факторы риска, на которые можно повлиять:

- Курение. Самый главный враг сердца. Токсические вещества из табачного дыма способствуют сужению сосудов и повышенному риску свертывания крови внутри них, что ведет к прекращению кровоснабжения участка сердца и в итоге развивается инфаркт.

- Повышенное артериальное давление. Постоянно высокие цифры артериального давления так же повреждают сосудистую стенку, способствуя

отложению холестерина в местах дефектов. Холестериновые бляшки постепенно сужают просвет сосуда, ограничивая кровоток.

– Гиперхолестеринемия. Повышенная концентрация «плохого» холестерина в крови дает материал для атеросклеротических бляшек, закупоривающих сосуды.

– Повышенный сахар крови. Нарушение баланса сахара нарушает обменные процессы в клетках организма, вследствие чего проявления атеросклероза усиливаются

– Лишний вес, обусловленный неправильным питанием увеличивает нагрузку на сердечно-сосудистую систему, которая при малоподвижном образе жизни к усиленной работе не готова.

Каждый фактор риска повышает вероятность развития инфаркта миокарда, а присоединение второго и третьего увеличивает ее геометрической прогрессии. [10, с. 64- 65]

Осложнения инфаркта миокарда:

Ранние осложнения:

- Аритмия, нарушение ритма – чаще всего.
- Наиболее опасная желудочковая экстрасистолия и пароксизмальная тахикардия, которые вызывают фибрилляцию желудочков;
- Кардиогенный шок – крайняя степень левожелудочковой недостаточности, характеризующаяся резким снижением сократительной функции миокарда;
- Острая левожелудочковая недостаточность – это сердечная астма или отек легких;
- Тромбоэмболия легочной артерии – внезапная закупорка ветвей или ствола легочной артерии тромбом (эмболом), образовавшимся в правом желудочке или предсердии сердца, венозном русле большого круга кровообращения и принесенным с током крови;

– Разрыв сердца – нарушение целостности сердечной мышцы, которое часто приводит к смерти. Поскольку этот орган состоит из 4 камер, разделяющихся перегородками, возникновение разрыва возможно в каждой из них;

– Перикардит – воспалительное поражение внешней оболочки сердца - перикарда;

Поздние осложнения:

– Постинфарктный синдром или синдром Дресслера – перикардит, пневмония, плеврит;

– Хроническая сердечная недостаточность – патологическое состояние, при котором работа сердца не обеспечивает достаточного кровоснабжения тканей, необходимого для удовлетворения их метаболических потребностей, или же эти потребности обеспечиваются путем увеличения давления наполнения полостей сердца;

– Аневризма сердца – это истончение участка стенки кровеносных сосудах (чаще в артериях), с последующим выбуханием (выпячиванием) растянутого участка.

1.3. Клиническая картина инфаркта миокарда

Инфаркт начитается с приступа сильных болей, которые не купируются нитроглицерином. Боли давящего, сжимающего, жгучего характера, которая локализуется за грудиной или в области сердца. Боли иррадиируют в левую руку, пальцы левой руки, левую лопатку, левое плечо иногда в челюсть. Боли носят волнообразный характер (то усиливается, то ослабляются). Держаться по несколько часов, иногда сутки и более.

Больные беспокойны, испытывают страх смерти, кожа серого цвета, холодный липкий пот, тоны глухие, учащены, иногда аритмичные, пульс малый, частый, аритмичный, артериальное давление снижается. [7, с. 200]

В типичных случаях основным клиническим признаком развивающегося инфаркта миокарда является интенсивная боль за грудиной – ангинозная боль.

Характеристиками ангинозной боли при инфаркте миокарда является:

- Локализация – за грудиной или в эпигастральной области;
- Интенсивность боли – значительно более выражена, чем при приступе стенокардии, и быстро нарастает, часто бывает волнообразной;
- Иррадиация – широкая (в предплечье, плечо, ключицу, шею, левую лопатку, нижнюю челюсть (чаще слева), межлопаточное пространство);
- Характер – давящий, сжимающий, жгучий, распирающий, режущий;
- Продолжительность – от 20 – 30 минут до нескольких часов;
- Чувство страха, возбуждение, двигательное не спокойствие и вегетососудистые реакции (гипотензия, потливость, тошнота, рвота);
- Не устраняется нитроглицерином, а часто и при введении наркотических анальгетиков.

Возможны следующие варианты начала инфаркта миокарда. В последнее время врачи все чаще отмечают повышенную встречаемость атипичных форм этой болезни:

1. Абдоминальная форма

Подобная течение инфаркта миокарда свойственно для тех ситуаций, когда поражается задняя стенка миокарда за счет ее близкого расположения к диафрагме, нервные импульсы более распространяются на брюшную полость.

Для абдоминального инфаркта миокарда характерно:

Ощущение резкой боли в верхней части живота;

Сильное чувство тошноты

Частое желание вырвать

Последний признак может особо досаждать больному, поскольку даже на пустой желудок возникают рвотные рефлекс. Дополнительно может наблюдаться либо сильное послабление желудка, либо наоборот по типу пореза

кишечника, когда перистальтика практически отсутствует и из-за не отхождения газов живот становится вздутым.

2. Астматическая форма

С латинского языка термин «asthma» переводится как «частое дыхание, одышка». Подобное течение болезни в основном встречается у пожилых людей, как у мужчин, так и у женщин. При развитии астматической формы инфаркта миокарда человека вначале беспокоит одышка, которая в тяжелых случаях переходит в удушье, как это бывает при бронхиальной астме. Именно поэтому подобную форму называют астматической.

3. Аритмическая форма

Эта форма напрямую связана с изменением ритма сердцебиения. У больного учащается пульс, биение сердца становится заметным визуально, артериальное давление снижается в несколько раз. Аритмическая форма инфаркта миокарда чаще всего приводит к клинической смерти.

4. Церебральная форма

На латинском языке головной мозг обозначается как «cerebrum», поэтому при церебральной форме инфаркта миокарда возникают те, которые более характерны для неврологических заболеваний:

- Мелькание точек или мушек перед глазами;
- Сильное головокружение;
- Обморочное или полубморочное состояние;
- Сумеречное сознание.

Дополнительно больные могут отмечать расстройство понимания, происходящего вокруг. Иногда клиника дополняется тошнотой и рвотой.

5. Безболевая форма

Еще известна эта форма инфаркта миокарда, как коллапсодная, поскольку при развитии больной не может указать на какие-то признаки, которые его беспокоят. Это вовсе не значит, что поражение миокарда совсем незначительное, хотя именно эту форму часто приравнивают к микроинфаркту.

У больного все же может отмечаться усталость, слабость, плохое самочувствие, но чаще всего эти симптомы связываются с усиленной физической нагрузкой. Так же причиной болезни может служить длительный безотпускной период на работе, иногда воспринимается как проявление ленивости, но подобные отговорки не позволяют своевременно диагностировать заболевание и провести лечение. Поэтому чтобы не допустить прогрессирования коварной формы инфаркта миокарда, нужно при возникновении минимальных признаков, похожих на инфаркт миокарда, да еще и у пожилых людей сразу же обращаться к врачу.

В клинике выделяют периоды:

1. Острейший период (болевого) – до двух суток. Чаще всего инфаркт миокарда начинается с болей за грудиной, нередко носящий пульсирующий характер. Характерна обширная иррадиация болей: в руки, спину, живот, голову и т.д. Больные беспокойны, тревожны, отмечают чувство страха смерти. Часто присутствуют признаки сердечной и сосудистой недостаточности – холодные конечности, липкий пот и другие. Болевой синдром длительный, нитроглицерином не купируется. Возникают различные расстройства ритма сердца, падение артериального давления. Перечисленные выше признаки характерны для острейшего или болевого, или ишемического первого периода.

2. Острый период (лихорадочный, воспалительный) – до двух недель. Характеризуется возникновением некроза на месте ишемии. Появляются признаки асептического воспаления, начинают всасываться продукты гидролиза некротических масс. Боли как правило проходят. Самочувствие больного постепенно улучшается, но сохраняется общая слабость, недомогание, тахикардия. Тоны сердца глухие. Повышение температуры тела, обусловленное воспалительным процессом миокарде, обычно небольшое – до 38, появляется обычно на 3-й день заболевания. К концу первой недели температура, как правило, нормализуется.

3. Подострый или период рубцевания – длится 4-6 недель. Характерным для него являются нормализация показателей крови. Нормализуется

температура тела и исчезают все признаки острого процесса. Изменяется ЭКГ электрокардиограмма. На месте некроза развивается соединительнотканый рубец. Субъективно больной чувствует себя здоровым.

4. Период реабилитации (восстановительный) – длится от 6 месяцев до 1 года. Клинически никаких признаков нет. В этот период происходит компенсаторная гипертрофия неповрежденных мышечных волокон миокарда, развиваются другие компенсаторные механизмы. Происходит постепенное восстановления функций миокарда.

1.4. Диагностика, лечение, сестринский уход за пациентами при инфаркте миокарда

Диагностика:

1. Общий анализ крови – лейкоцитоз и ускоренная скорость оседания эритроцитов. Увеличивается ускоренная скорость оседания эритроцитов с 3-4 дня инфаркта, с 3 дня уменьшается лейкоцитоз – и все это назначается симптом «ножницы»;

2. Биохимический анализ крови;

3. Общий анализ мочи;

4. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки, позволяет дифференцировать инфаркт миокарда от легочной патологии. С помощью этого исследования врач может определить сердечную недостаточность левого желудочка. Такой метод диагностики крайне необходим при повышенном риске расслаивающейся аневризмы аорты;

5. Электрокардиограмма, предоставляет графически зарегистрировать и оценить функциональность работы сердца в определенный момент времени, позволяет не только исключить или подтвердить инфаркт миокарда, но и установить локализацию поражения, величину и глубину некротических

изменений, определить стадию критического состояния и присутствие осложнений;

6. Коронарная ангиография, позволяет выявить стенозированную или закупоренную артерию и при необходимости провести ее стентирование;

7. Эхокардиография, помогает оценить сократительную способность миокарда и выявить зону, где сокращения слабые, но эхокардиография не может дать точные и однозначные данные о наличии инфаркта миокарда, поскольку нарушения сократимости могут быть не только при некрозе ткани сердца, но и при недостаточности кровоснабжения (ишемии).

Лечение инфаркта миокарда.

Еще на этапе транспортировки больному вводят препараты, минимизирующие риск осложнений. Основные задачи терапии острой фазы: снятие болевого синдрома; восстановление кровотока; предупреждение повторного тромбообразования; профилактика осложнений острой фазы, прежде всего желудочковых аритмий.

После стационарного курса лечения все больные проходят курс реабилитации. Её цели: улучшение качества жизни; увеличение продолжительности жизни; профилактика осложнений.

Обезболивающие, седативные.

Полное устранение болевого синдрома имеет важное значение для улучшения состояния больного, уменьшения риска развития осложнений. Прием нитроглицерина при инфаркте плохо купирует боль, но способствует снижению летальности за счет расширения сосудов, снижения частоты сердечных сокращений. Врачи скорой помощи используют обезболивания препараты группы наркотических анальгетиков: морфин, фентанил + дроперидол. Через 3-5 минут пациент перестает чувствовать боль, проходит страх смерти, тревожность.

Кислородотерапия.

Показана при насыщении артериальной крови кислородом менее 95%, тяжелой сердечной недостаточности, отеке легких. Польза от применения кислородотерапии больным с неосложненными формами инфаркта не доказана.

Препараты, препятствующие тромбообразованию.

Применение тромболитиков, антиагрегантов преследует две цели: приостановление роста образовавшегося тромба, профилактика образования новых. Это позволяет сократить площадь некроза, предупредить рецидив заболевания. Больному прежде всего дают разжевать аспирин. Ацетилсалициловую кислоту могут заменить или дополнить назначением клопидогрела, тикагрелора, гепарина, бивалирудина.

Тромболитики.

В первые 6-12 часов после начала приступа существует возможность медикаментозного растворения тромба. Этого добиваются введением тромболитиков: стрептокиназы, тенектеплазы, алтеплазы, пулолазы. Полностью восстановить кровоток применением препаратов удастся в 55% случаев. Однако даже без полного растворения тромба, применение тромболитиков оправдано. Введение лекарств позволяет добиться снижения летальности, частоты возникновения осложнений.

Бета-блокаторы.

Уменьшают силу, частоту сердечных сокращений, препятствуют развитию аритмии. Режим работы сердца становится более экономичным, кислородная потребность миокарда снижается. При инфаркте бета-блокаторы применяются в остром периоде заболевания, во время реабилитации. Чаще всего больным назначают эсмолол, метопролол, пропранолол.

Ингибиторы ренин – ангиотензиновой системы.

К этой группе относятся представители нескольких классов лекарств: ингибиторы АПФ (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина 2 (БПА-2), мочегонные препараты. Все они обладают гипотензивным эффектом, улучшают функционирование сердечной мышцы, прогноз для больного. Представители группы – каптоприл, рамиприл, валсартан, спиронолактон.

Чрескожное коронарное вмешательство.

Хирургическое вмешательство признано самым эффективным способом восстановления кровотока. Вероятность благоприятного исхода – 90-95%. Чрескожное коронарное вмешательство относится к малоинвазивным процедурам. Во время операции врач не делает больших разрезов. Для проведения хирургического вмешательства, достаточно крошечного разреза вблизи магистрального сосуда конечности, через который хирург вводит специальный катетер. Перемещение трубки контролируется компьютерным изображением. Достигнув места сужения, хирург начинает нагревать воздух в крошечный баллон, которым оборудован катетер. Расширение баллона раздвигает стенки артерий, движение крови по ним восстанавливается. Чтобы предупредить сужение сосуда после изъятия катетера, внутри его устанавливается миниатюрный каркас – стент. [1, с.44]

Домашнее лечение.

Люди, перенесшие инфаркт, должны проходить курс реабилитации. Большинство рекомендаций придется соблюдать всю жизнь. Только так можно уберечь себя от осложнений, нового сердечного приступа.

Основные компоненты реабилитационных мероприятий:

– Медикаментозное лечение. После перенесенного сердечного приступа пациентам назначаются препараты, которые будут защищать сердце от рецидивов. Большинство из них необходимо принимать пожизненно. Стандартная схема лечения включает аспирин, статины, гипотензивные средства. Недостаточность левого желудочка требует дополнительного назначения бета - блокаторов, верошпирона.

– Отказ от курения. Один из основных факторов риска развития сердечного приступа. Каждая выкуренная сигарета заставляет сердце биться быстрее, вызывает спазм сосудов. Это создает благоприятные условия для тромбообразования. Отказ от сигарет смертность на 35-43%.

– Диета. Контроль потребления калорий, ограничение количества продуктов, содержащих насыщенные транс жиры, соли, алкоголя – основные постулаты здорового питания. Основной рацион рекомендуют сделать овощи, фрукты, семечки, орехи, каши, бобовые.

– Физическая активность. Строгий постельный режим показан только в первые сутки после сердечного приступа. Затем необходимо постепенно возвращаться к физической активности. В начале это могут быть обычные прогулки с добавлением лечебной физической культуры, затем – более серьезные аэробные нагрузки. Ежедневные поддержания физической активности – залог здорового сердца.

– Ограничение тяжелой физической работы. Подъем груза, серьезное занятие спортом, работа, предполагающая длительную ходьбу или стояние, недопустимы. Любая лишняя сердечная нагрузка может привести к развитию рецидива.

– Психологическая реабилитация. Помогает больным справиться с постинфарктной депрессией, принять изменения, научиться управлять стрессом. Людям, не сталкивавшимся с инфарктом, так же полезно придерживаться этих правил: это лучший способ профилактики сердечного приступа.

Сестринский уход при инфаркте миокарда.

Сестринский процесс при инфаркте миокарда начинается при первых выявлениях нарушений в работе сердечно сосудистой системы. Потому что наличие сердечных патологий в анамнезе, при определённых обстоятельствах, создает риск развития инфаркта. К главным функциям медицинской сестры на этом этапе относят:

1. Разъяснение больному специфики его заболевания с возможным итогом при несоблюдении врачебных рекомендаций;

2. Ознакомление всех членов семьи с клиническими проявлениями приступа для его своевременного опознания и незамедлительного вызова скорой помощи;

3. Оговаривается правильный прием нитроглицерина и препаратов, выписанных врачом.

Если приступа избежать не удалось – вывести больного из инфарктного состояния в домашних условиях не представляется возможным. Главная тактика в данном случае – это скорейшая госпитализация. Во время интенсивной терапии на медицинского работника возлагаются следующие функции:

сестра должна уметь быстро оценивать клиническую картину и самостоятельно реагировать на её (реанимировать больного). Для этого она должна не только уметь выполнять все врачебные поручения, но и знать основы оказания помощи при инфаркте;

после врачебного вмешательства по ликвидации тромба и восстановления кровоснабжения в органе, медицинская сестра оказывает непрерывное наблюдение за жизненными показателями больного для всяческого предупреждения и выявления возможных осложнений. Производится полный мониторинг: измерение частоты пульса и дыхательных движений, наблюдение за артериальным давлением, температурой тела и ритмом сердечных сокращений;

производится выполнение лечебных мероприятий;

бережное и внимательное отношение к больному – улучшит процесс лечения и восстановления.

Действие до прибытия врача, неотложная помощь.

Оказание первой помощи во время приступа – очень важная связка последовательных действий, помогающих сохранить жизнь человеку и уберечь его от сопутствующих осложнений. Последовательность действия сестры:

1. Произвести вызов бригады скорой помощи, описать симптоматику.

2. Открыть входную дверь (попросить сделать это родственников), так не возникнет потери времени при приезде врачей.

3. Удобно уложить больного в горизонтальное положение, под голову положить подушку – она должна быть на возвышении.

4. По возможности, снять верхнюю одежду, расстегнуть пуговицы – ничего не должно мешать дыханию.

5. Обеспечивают приток свежего воздуха

6. Если заболевший человек подвергается приступу паники, его необходимо успокоить.

7. Сестрой производится измерение артериального давления и подсчет пульса в среднем каждые 5 минут.

8. К рукам и ногам больного ставят тепло – грелки, на область сердца накладывают горчичник.

Медикаментозная помощь:

– Нитроглицерин – применяется под язык. Обеспечивает приток крови к сердечной мышце, немного приглушает болевой синдром;

– Аспирин – используется для разжижения крови. Для быстрого всасывания таблетку необходимо разжевать;

– Корвалол, валидол – в качестве успокоительного средства.

В отличие от стенокардии болевые ощущения при инфаркте миокарда не снимаются после приема нитроглицерина, а только немного облегчаются. [2, с. 316]

В случае потери сознания или полной остановки сердечной деятельности, когда отсутствуют дыхательные движения и пульсация, сестра проводит сердечно - легочную реанимацию:

непрямой массаж сердца;

искусственную вентиляцию легких.

Манипуляции следует проводить до появления самостоятельных дыхательных движений и пульсации, либо до приезда скорой помощи. Далее больного срочно госпитализируют.

Во время пребывания в стационаре.

После проведения реанимационных мероприятий и нормализации сердечной деятельности, больного помещают в стационар. После пережитого инфаркта миокарда различной степени, больному необходим тщательный уход и реабилитационная помощь, которая в основном оказывается медсестрой. Она заключается в следующем:

1. Поддержание психологического и физического покоя. При данном заболевании в период восстановления больной должен соблюдать строгий постельный режим. Положение тела меняется с помощью сестры и исключительно после разрешения лечащего врача. Исключены даже самостоятельные походы в туалет. Так же больному объясняют о важности ограничения активности и исключении резких движений.

2. Поддержание гигиены у больного – проведения гигиенических процедур: очищение кожного покрова, соблюдения чистоты полости рта, носа, ушей;

3. Поддержание чистоты в палате – регулярные проветривания, влажная уборка;

4. Наблюдение за специализированной диеты больного, которая обеспечивает регулярное опорожнение кишечника, препятствует метеоризму. Так же контролируется объем выпитой жидкости;

5. Контроль над выполнением выписанного врачом лечение, своевременный прием препаратов, измерения физиологических показателей и подготовка больного к необходимым исследованиям;

6. Так же сестра проводит регулярные беседы, помогающая больному понять важность соблюдения диеты дома, о возможной в данном случае физической активности и умении самостоятельно подсчитывать пульс и измерять артериальное давление.

В амбулаторных условиях.

Если больной проходит терапию в домашних условиях, в случае не осложнённого инфаркта миокарда или после выписки, в обязанности медицинского работника входит:

– Разъяснение действия каждого применяемого препарата, назначенного лечащим врачом. Сестра рассказывает о дозировке каждого лекарственного средства, времени его всасывания и периоде выведения. Такие данные помогут больному понять, почему важно осуществлять прием строго отведенное время, чем опасно задержка приема или нарушение дозы, каким последствием для организма это может привести;

– Провести беседу на тему имеющихся вредных привычек и их пагубного влияния на сосуды сердца и организма в целом;

– Провести наблюдение за жилищными условиями больного и дать рекомендации о важности соблюдения постельного режима (длительность постельного режима зависит от степени поражения миокарда и сопутствующих осложнений после выписки). Так же определить время сна и отдыха с постепенным повышением уровня нагрузок, проведения правильной вентиляции помещения и влажной уборки;

– Пояснение важности поддержания устойчивого психоэмоционального состояния и как стрессовые ситуации отражаются на работе сердца;

– Важность соблюдения диеты, рекомендованной при болезнях сердечно – сосудистой системы, которые включает в себя низкокалорийное дробное питание, основанное на легко усвояемых продуктах. Исключаются продукты, приводящие к метеоризму, количество воды регулируется в зависимости от наличия отеков;

– Научить больного и его родственников правильному подсчету пульса и измерению артериального давления, с записью данных в специальный журнал. Измерения производятся минимум 3 раза в сутки.

Такая работа медсестры позволит улучшить качество жизни человека, перенесшего инфаркт миокарда, даст возможность больному контролировать свой недуг и не допустить возможных осложнений.

Решение возможных проблем в период реабилитации.

В период реабилитации больной находится в так называемой зоне риска развития осложнений. Это происходит потому что пораженной мышце необходимо время для восстановления нормального функционирования. В связи с этим, в постинфарктный период возможны проявления некоторых симптомов, к которым больной должен быть готов. Обычно, эти осложнения стоит ожидать в период до полугода после перенесения инфаркта (ранние осложнения), либо после шести месяцев (поздние осложнения).

Своевременное распознавание осложнений способствует их беспоследственной ликвидации. В ходе патронажа, сестра внимательно выслушивает все изменения состояния здоровья больного и помогает преодолевать сложившиеся проблемы.

Жизнь после перенесенного инфаркта миокарда возможна, при выполнении четких рекомендаций медицинского работника, куда входит:

поддержание нормальных показателей артериального давления;

соблюдение диеты;

умеренные физические нагрузки.

Инфаркт миокарда – довольно опасное состояние, при котором минута промедления грозит смертельным исходом. Поэтому очень важно при любых изменениях состояния, любых болевых ощущениях в области сердца, обращаться к врачу. Это позволит сохранить жизнь и избежать серьезных осложнений. [6, с. 139]

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

2.1. Методы исследования

Для достижения поставленных целей методом анонимного анкетирования были опрошены 30 пациентов ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», женского и мужского пола, перенесенные инфаркт миокарда. Нами была разработана анкета с 20 вопросами.

2.2. Результаты собственного исследования

В анкетировании участвовали пациенты инфарктного отделения женщины 35 % и мужчины 65% (Рис. 1).

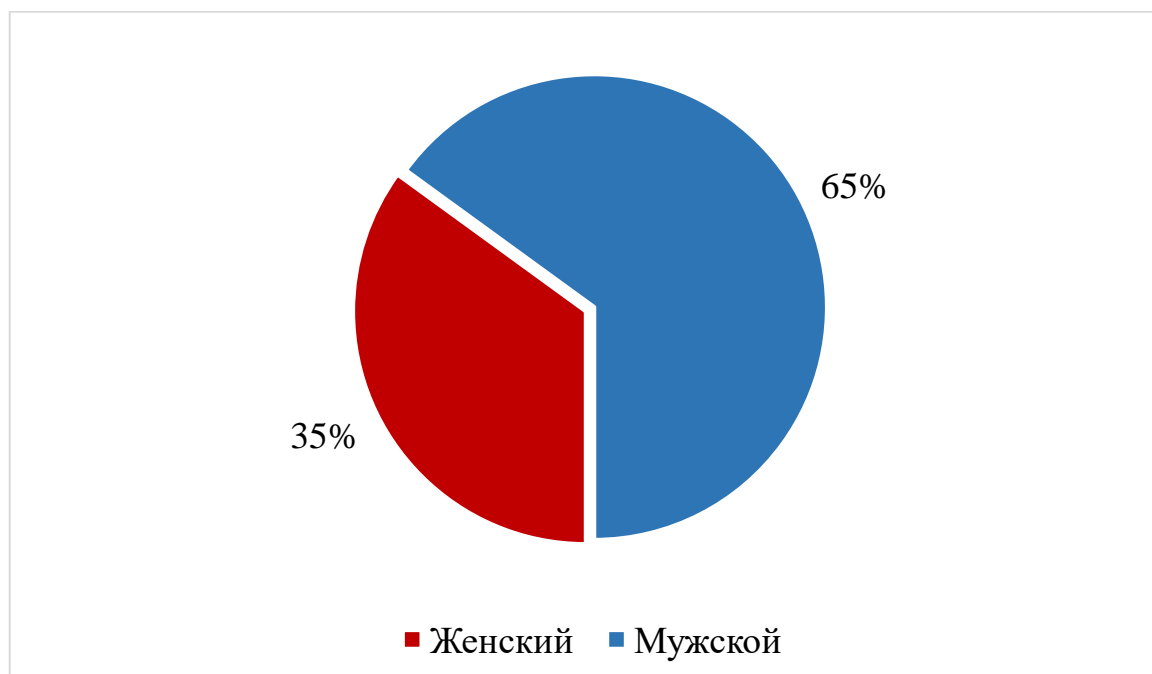


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

Исследования показывают, что респонденты распределились по возрасту: от 18 до 25 лет 15%, 26-40 лет 15%, 41-55 лет 20%, старше 55 лет 50% (Рис. 2).

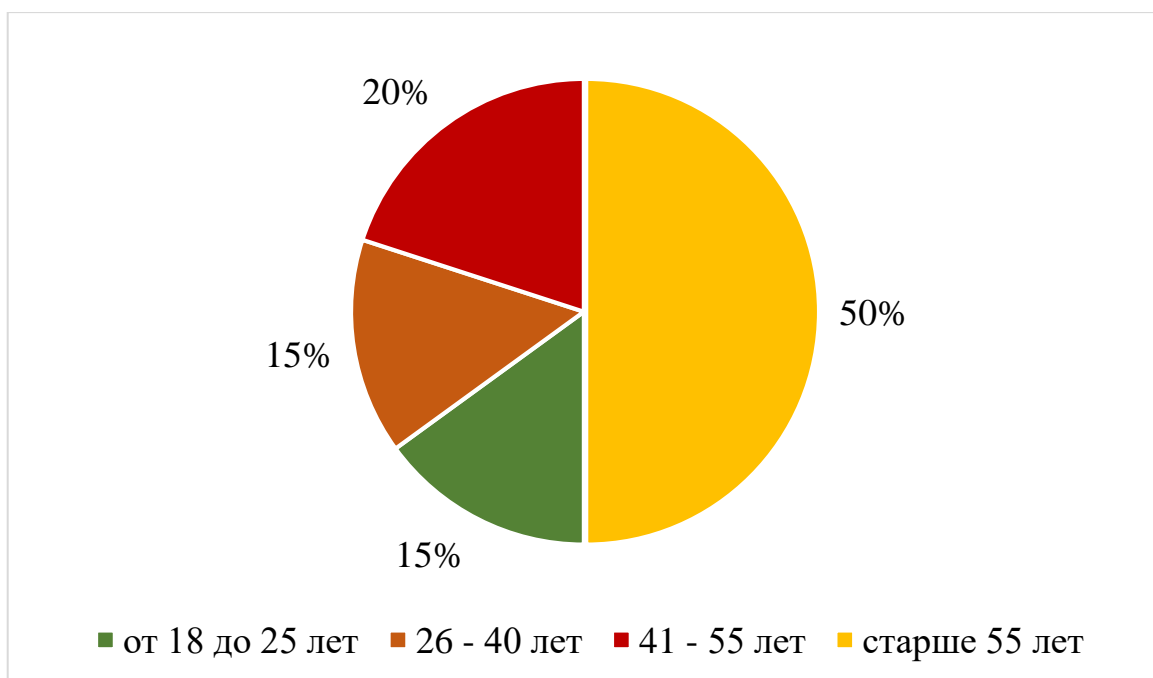


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту

По результатам исследования, анкетированные проживают в городе 70%, в сельской местности 30% (Рис.3).

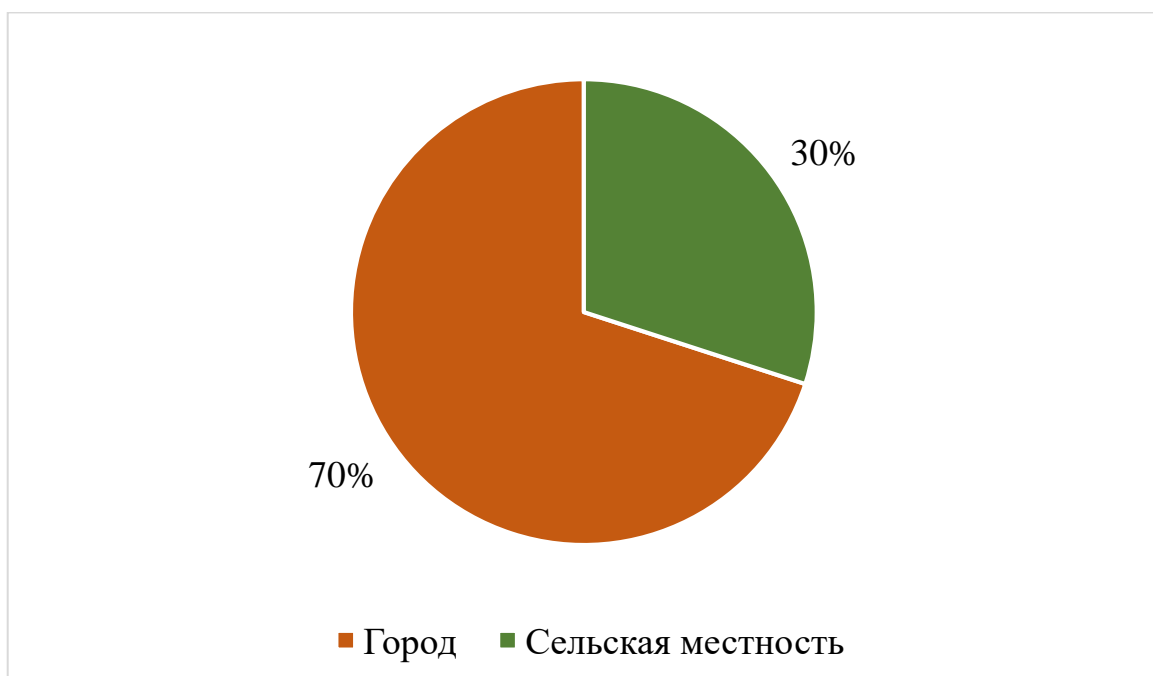


Рис. 3. Место жительства

Результаты исследования показывают, что респонденты распределились по сфере занятости: учащиеся 15%, работающие 35%, пенсионеры 50% (Рис.4).

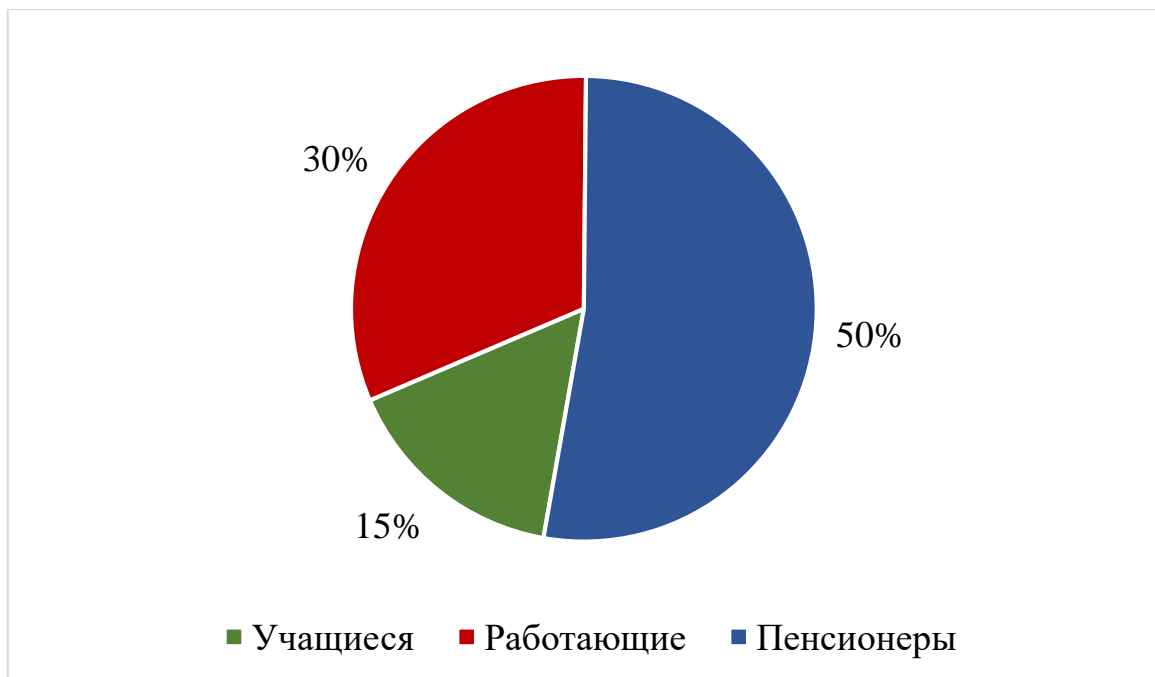


Рис. 4. Сфера занятости

Исследования показывают, что 65% являются курильщиками, не курят 35% (Рис.5).

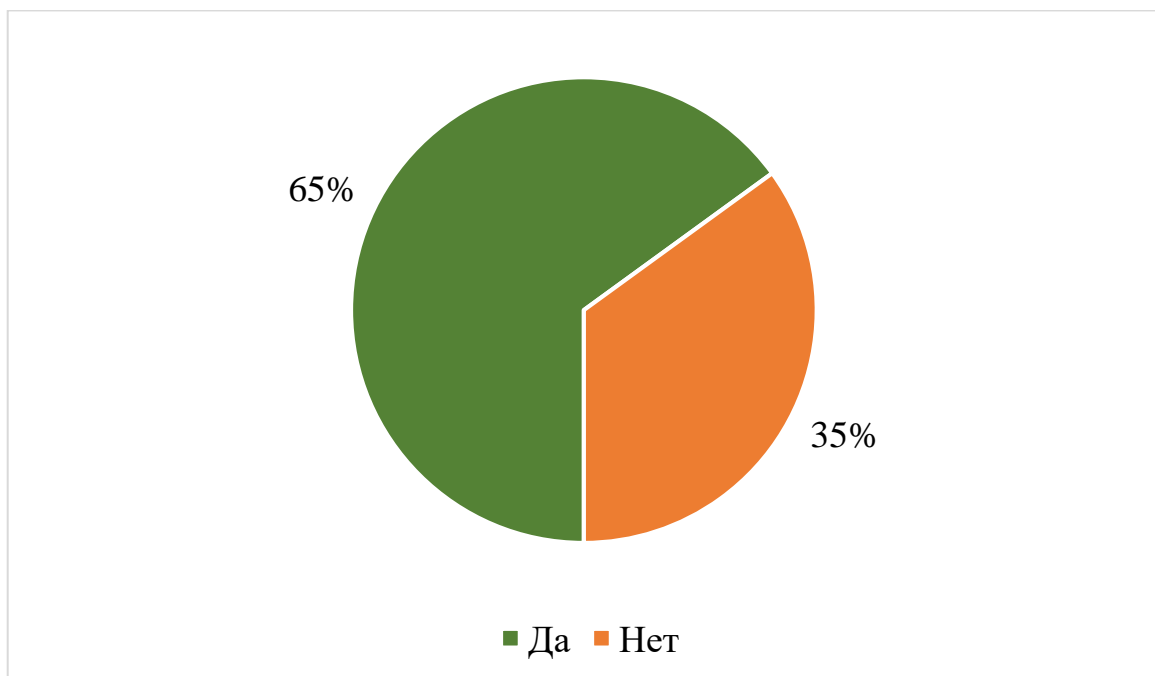


Рис. 5. Курение

По результатам исследования алкогольную продукцию употребляют: да 50%, нет 20%, иногда 30% (Рис.6).

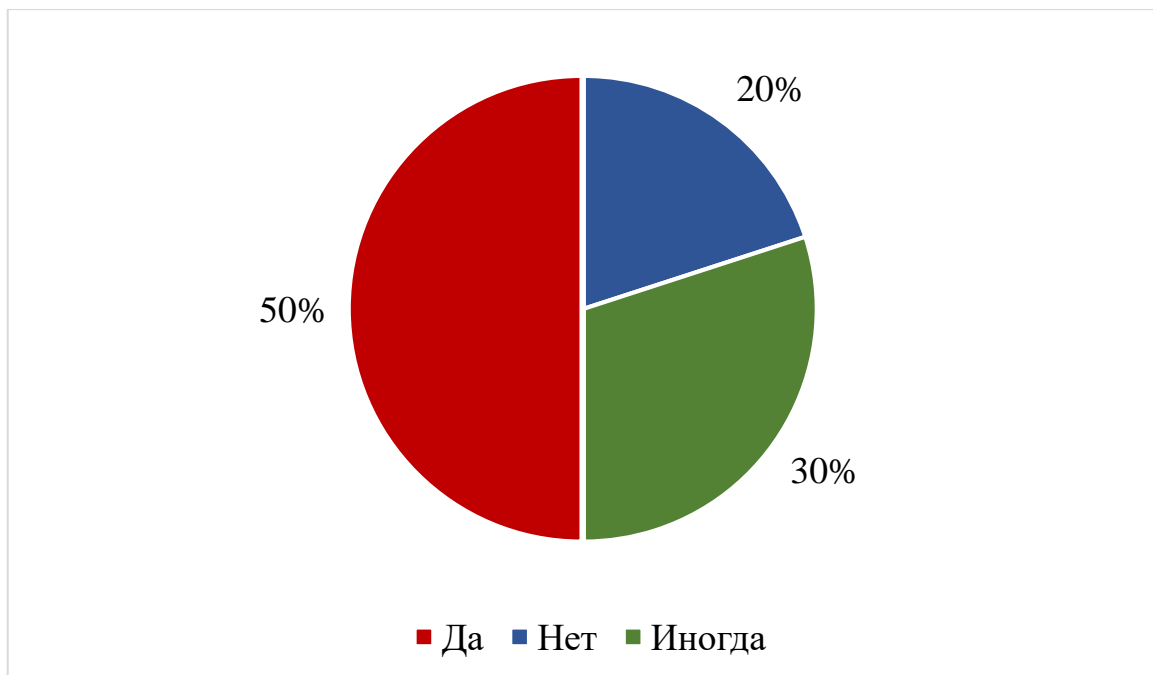


Рис. 6. Употребление алкоголя пациентами

Выявлено, что имеют избыточный вес пациенты: да 30%, нет 70% (Рис.7).

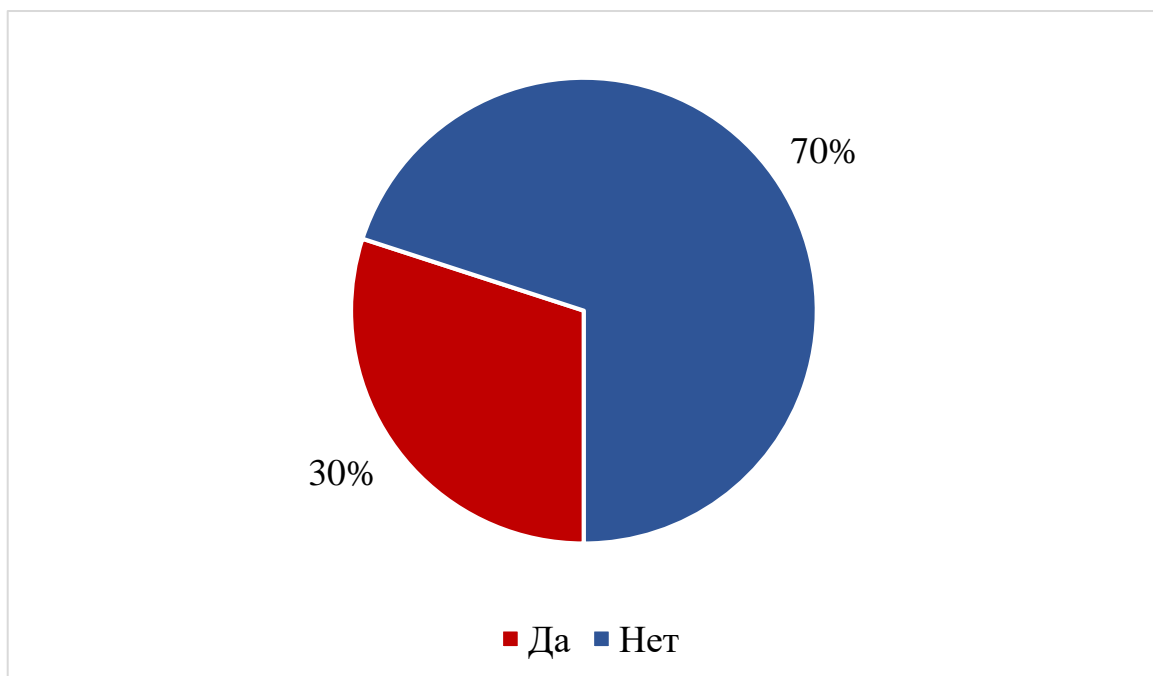


Рис. 7. Избыточный вес

Исследования показали, что респонденты соблюдают принципы рационального питания: да 35%, нет 15%, иногда 50% (Рис.8).

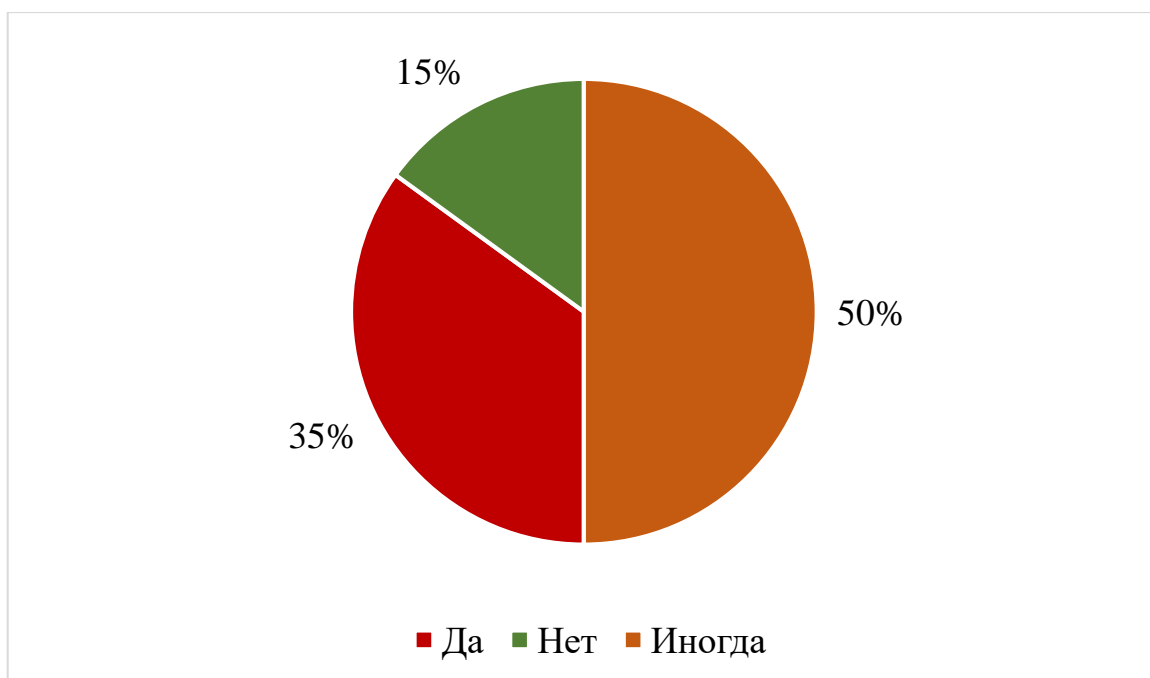


Рис. 8. Соблюдение принципов рационального питания

Посещение лечащего врача в поликлинике анкетирруемыми: чаще 1 раза в год 45%, реже 1 раза в год 25%, по ухудшению состояния 30% (Рис.9).

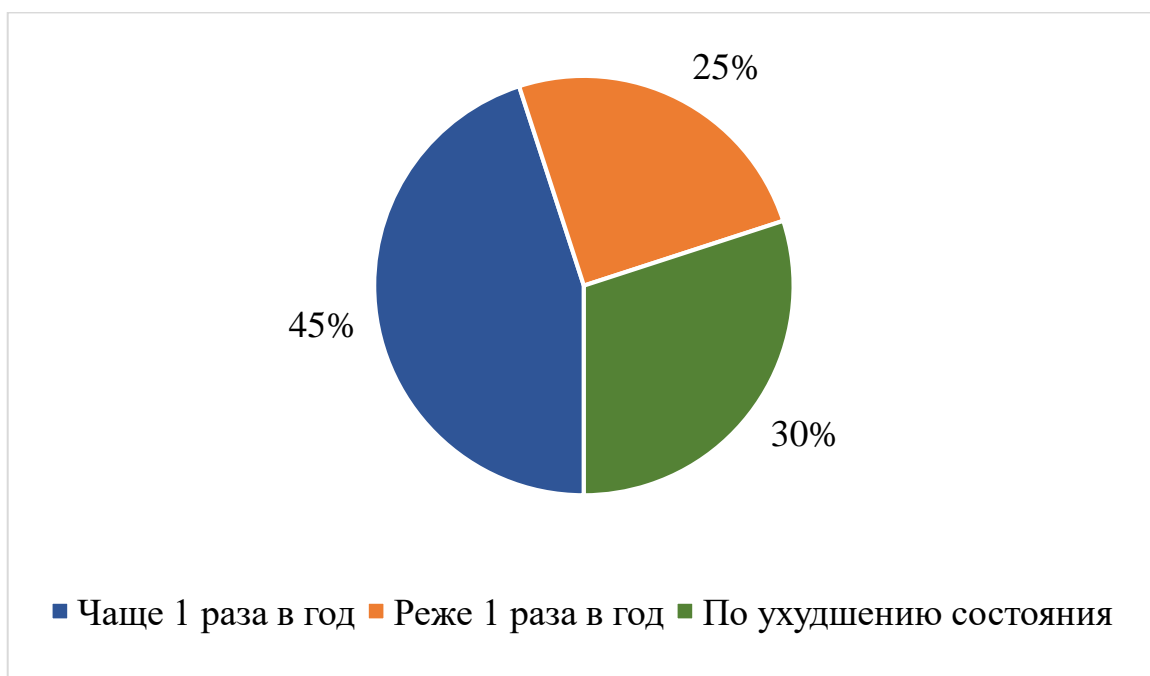


Рис. 9. Посещение лечащего врача в поликлинике

Результаты показали, что 50% пациентов выполняют назначения врача, не выполняют 15%, иногда выполняют 35% (Рис.10).

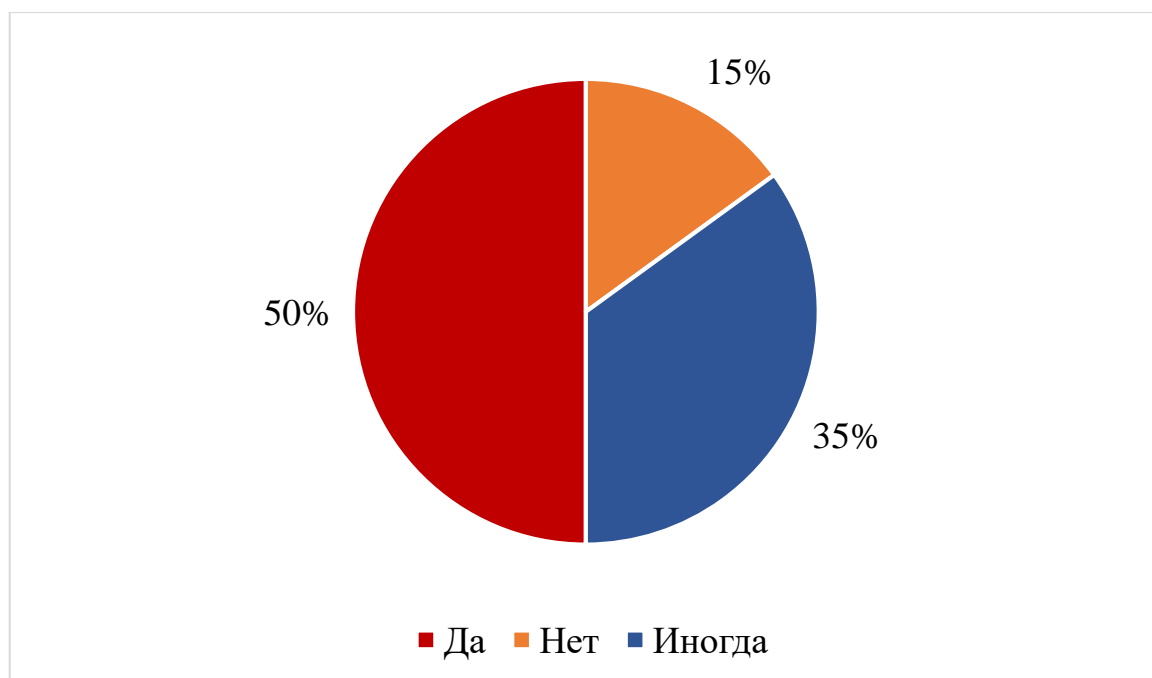


Рис. 10. Выполнение назначения врача

В ходе исследования наличие аппарата для измерения артериального давления в домашних условиях у респондентов: да 65%, нет 35% (Рис.11).

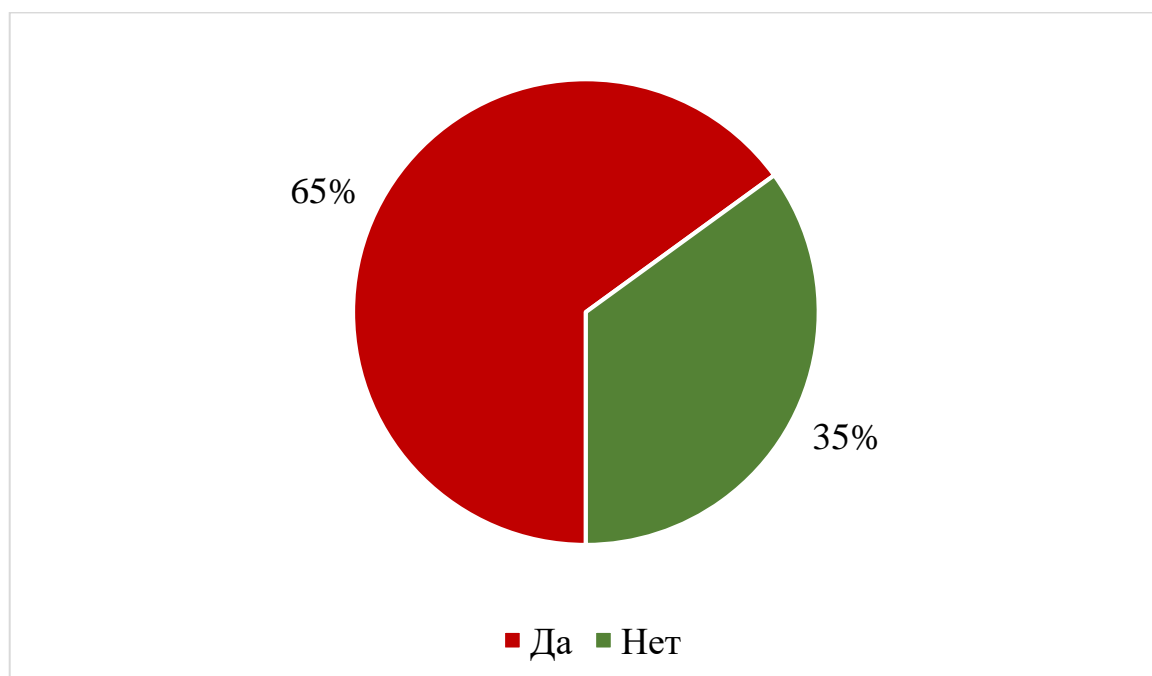


Рис. 11. Наличие аппарата для измерения артериального давления в домашних условиях

Исследования показали у анкетированных частоту контроля артериального давления: 1 раз в день 25%, 2 раза в день 45%, по ухудшению самочувствия 30% (Рис. 12).

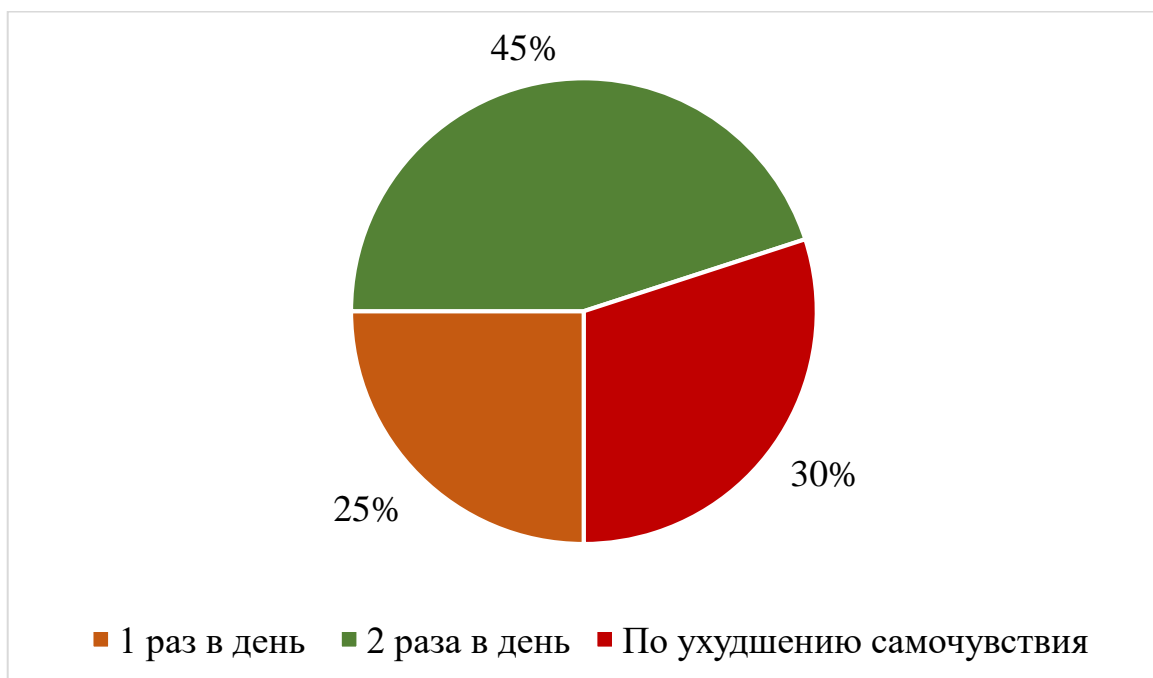


Рис. 12. Частота контроля за артериальным давлением

Выявлено у пациентов наличие боли в сердце: 35% да, 15% нет, 50% иногда (Рис. 13).

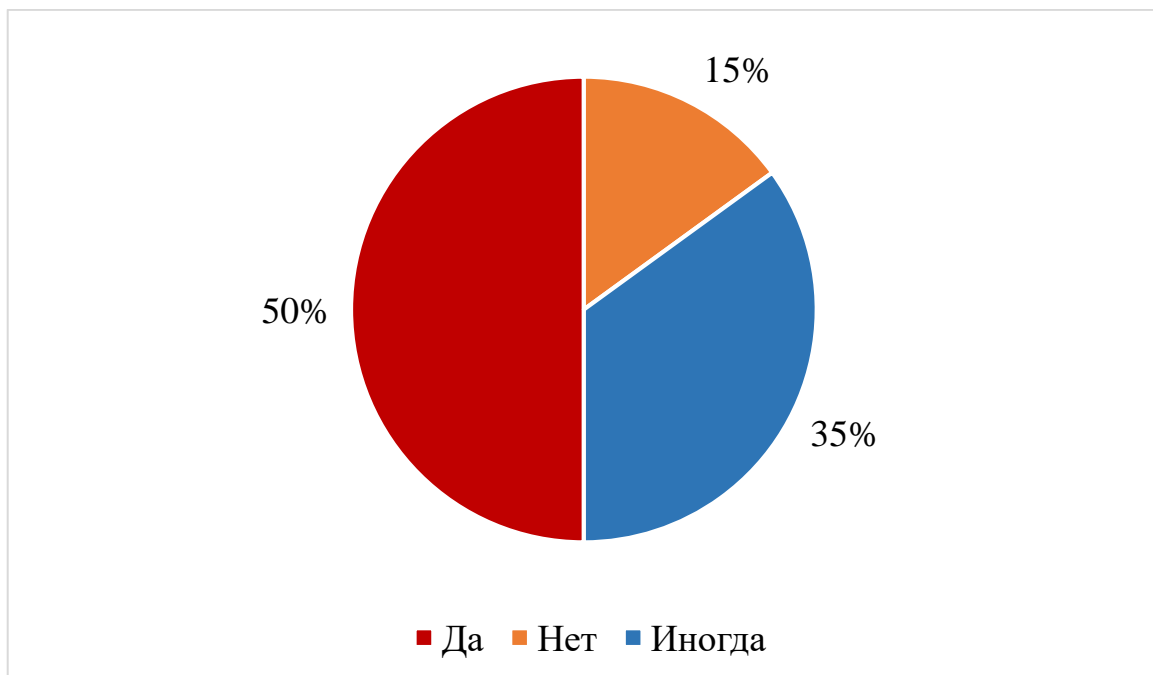


Рис. 13. Наличие боли в сердце

У респондентов выявлено наличие одышки: 50% да, 15% нет, 35% иногда (Рис.14).

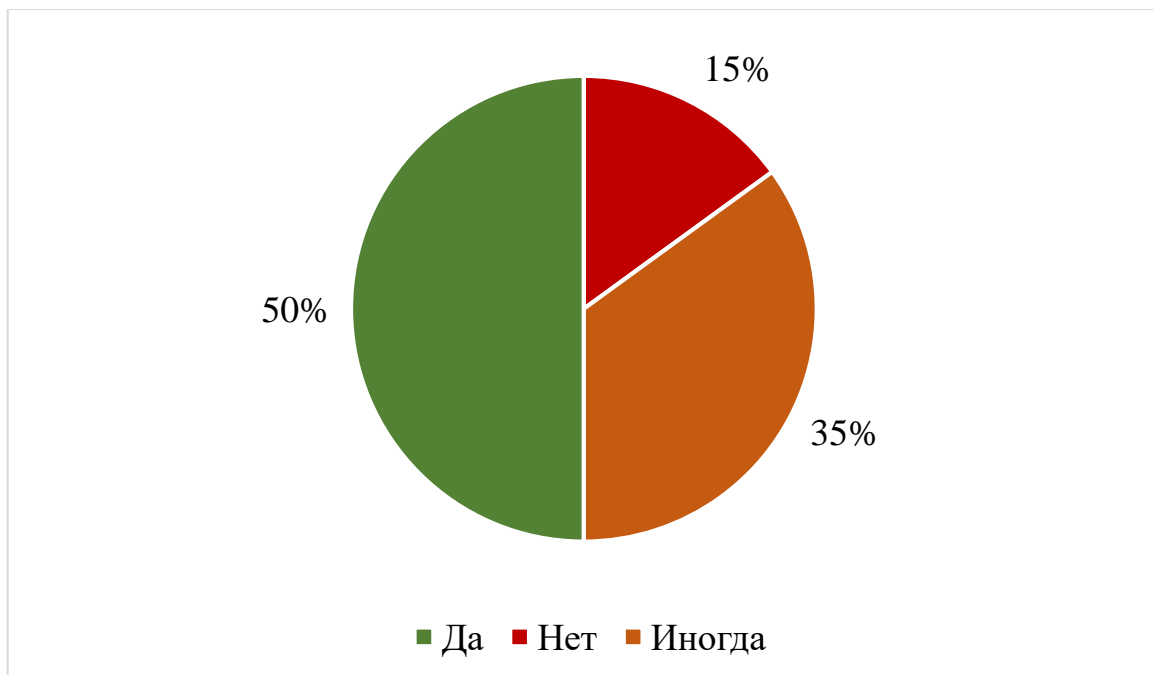


Рис. 14. Наличие одышки

Результаты показали у анкетированных наличие отеков на нижних конечностях: да 25%, нет 25%, иногда 50% (Рис.15).

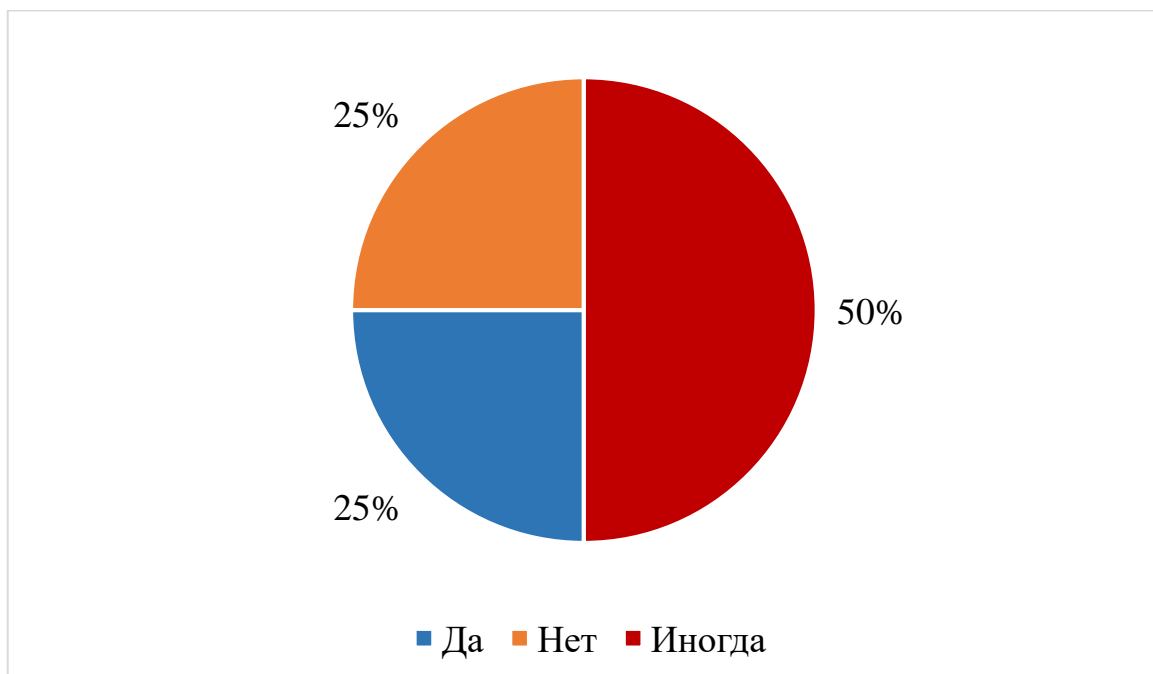


Рис. 15. Наличие отеков на нижних конечностях

Было выявлено наличие учащенного сердцебиения у пациентов: 50% да, 20% нет, 30% иногда (Рис.16).

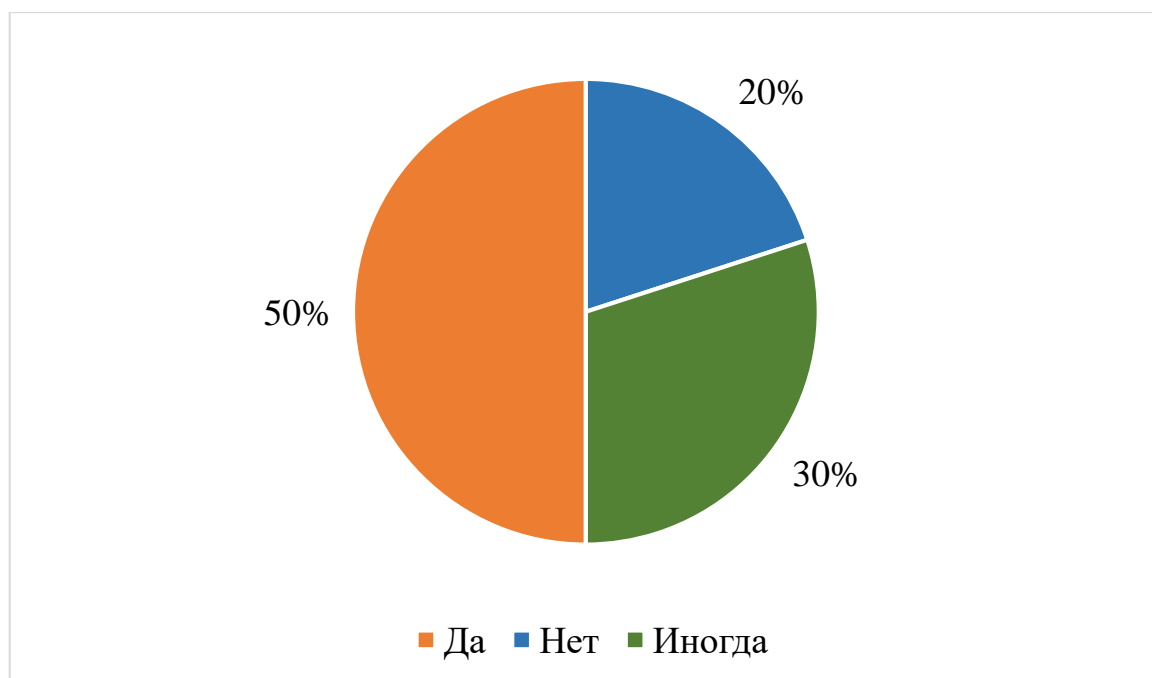


Рис. 16. Наличие учащенного сердцебиения

Исследования показали у респондентов источники получения информации об инфаркте миокарда: друзья 17%, СМИ 23%, интернет 15%, медработник 45% (Рис.17).

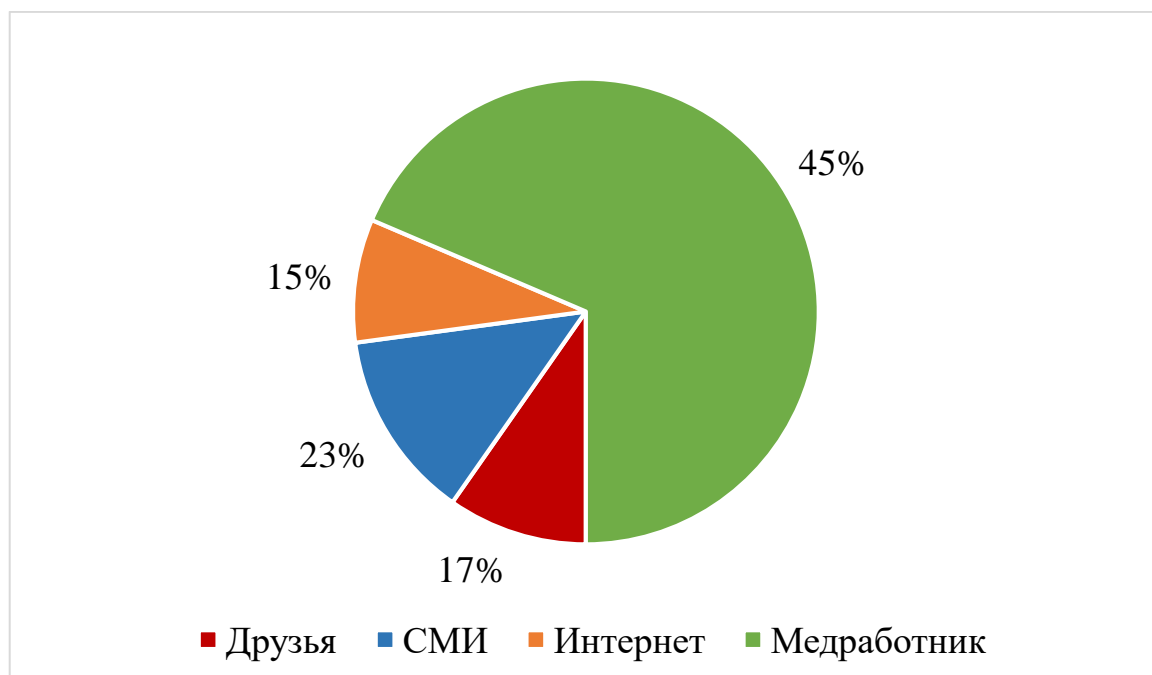


Рис.17. Источники получения информации об инфаркте миокарда

Проведение медработником санитарно–просветительской работы по поводу заболеваний сердца: да 85%, иногда 15% (Рис.18).

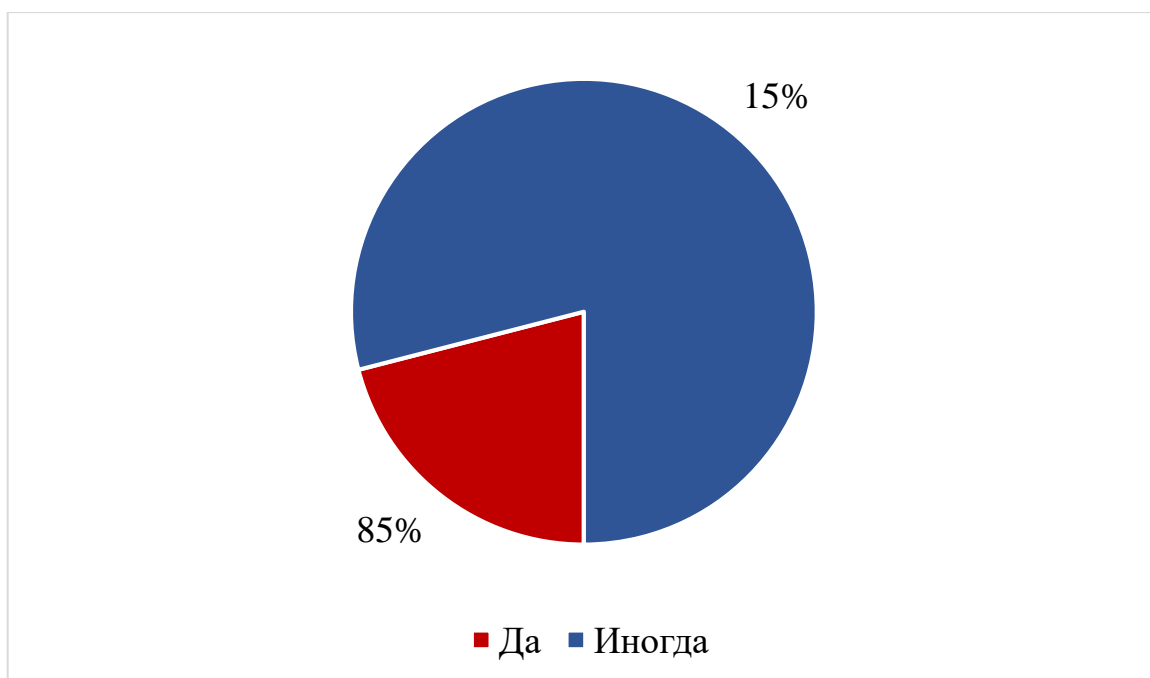


Рис. 18. Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу заболеваний сердца

Результаты показали, что у пациентов наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры: 90% да, 10% иногда (Рис.19).

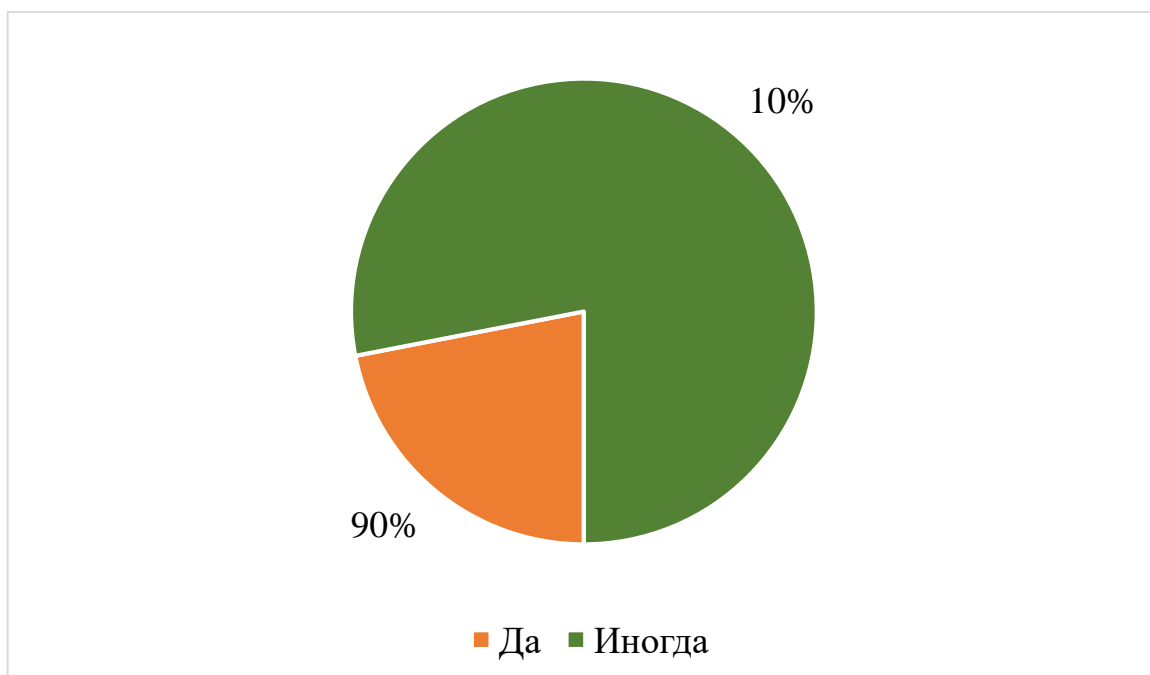


Рис. 19. Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры

Исследования показали, что у респондентов удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ: 85% да, 5% нет, 10% не вполне удовлетворены.

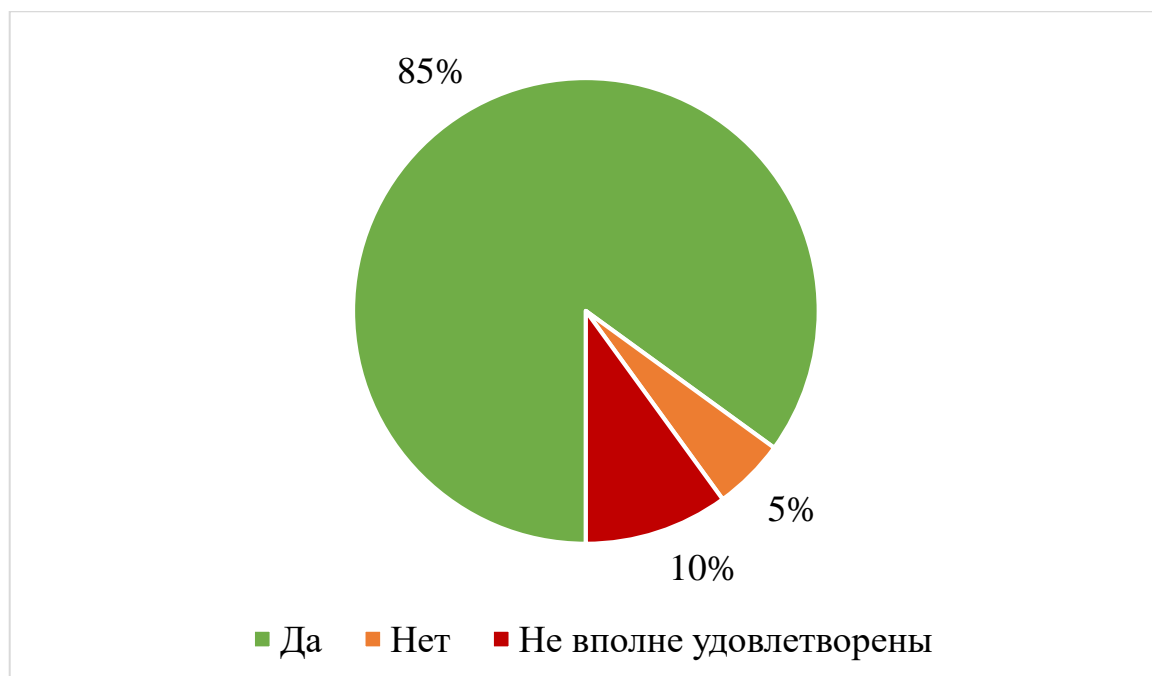


Рис. 20. Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ

Среди больных инфаркта миокарда преобладают лица мужского пола – 65%. Пик заболеваемости приходится на возраст от 55 лет и старше – 50%. Пациенты, соблюдающие принципы рационального питания и выполняющие назначения врача – 50%. Наличие аппарата для измерения артериального давления в домашних условиях у респондентов - да 65%. Исследования показали у анкетированных частоту контроля артериального давления - 2 раза в день 45%. Наличие боли в сердце, одышки, учащенного сердцебиения у респондентов – да 50%. По результатам исследования пациенты источники получения информации об инфаркте миокарда являются: СМИ – 23% и медработник - 45%. Медработники проводят санитарно–просветительские работы по поводу заболеваний сердца - да 85%. Моральная поддержка и сопереживание со стороны медицинской сестры – да 90%. Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ у анкетированных – да 85%.

2.3. Рекомендации пациентам при инфаркте миокарда

1. Диета. Основные пути нормализации веса: диета с пониженной калорийностью и умеренная физическая нагрузка.

Общие рекомендации по диете:

- Пища должна быть разнообразной, потребление энергии должно быть скорректировано для поддержания идеальной массы тела;
- Употребление нежирных молочных продуктов и кисломолочных продуктов;
- 400 грамм овощей и фруктов в сутки;
- Предпочтение птице, рыбе и морепродуктов;
- Увеличение потребления продуктов, содержащих омега-3 жирные кислоты (скумбрия, семга, форель, лосось и т.д.);
- Увеличение потребления продуктов с высоким содержанием калия и магния (курага, фасоль, орехи, хлеб с отрубями и т.д.);
- Пищу лучше парить, варить и запекать;
- Исключение из рациона острых блюд, приправ, соусов, солений, маринадов;
- Ограничение поваренной соли;
- Ограничение животных жиров;
- Ограничение общего количества свободной жидкости до 1,5 литров;
- Ограничение употребления алкоголя (1-2 бокала красного вина) или полностью отказаться от него.

2. Постоянная физическая активность. Занятия спортом нужны всем людям, а тем, кто имеет проблемы с сердцем, особенно. Первые упражнения необходимо делать под контролем врача, а затем продолжать занятия в домашних условиях с нарастающей нагрузкой.

3. Посещение санаториев 1 раз в 6 месяцев. В данных учреждениях создаются идеальные условия для восстановления больных. Медперсонал будет

следить за соблюдением диеты, занятиями спортом. К тому же в качестве дополнительной терапии выступает массаж и различные аппараты для восстановления тканей.

4. Постоянная слежка за уровнем давления, холестерина и глюкозы. Активное отложение жиров на стенках сосудов или увеличение осмотического давления может привести к повторному инфаркту. Важно всегда знать актуальные значения этих показателей.

5. Устранение хронической усталости и стресса. В первые 2 месяца после приступа человек не может вернуться к работе, если она сопряжена с сильной эмоциональной или физической нагрузкой. Так же необходимо помочь пациенту избавиться от страха перед повторным инфарктом. С этим может помочь психолог или успокоительные медикаменты.

6. Прекращение курения. У курильщиков риск развития инфаркта миокарда в 2 раза выше, чем у некурящих. При прекращении курения риск смерти в ближайшие годы снижается на 1/3 по сравнению с теми, кто продолжает курить. Отказ от курения – одна из самых эффективных мер вторичной профилактики. В отказе от курения большую помощь оказывают психологи, врачи психотерапевты и врачи-наркологи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфаркт миокарда одно из клинических проявлений ишемической болезни сердца, одно из самых опасных по количеству осложнений и смертности.

В обязанности медицинской сестры входит как физическая, так и моральная помощь пациенту с данным заболеванием.

Своевременная диагностика заболевания может предотвратить серьёзное ухудшение здоровья пациента. Правильно подобранные лекарственные средства помогают пациентам быстрее выздороветь. Уход за тяжелобольными пациентами помогает предотвратить появление пролежней.

Восстановление после инфаркта несколько отличается от реабилитации после других недугов. Пациенты несколько ограничены в своих возможностях и не смогут сразу вернуться к обычному ритму жизни. И потому немаловажное значение приобретает грамотно организованный и осуществленный сестринский уход.

Особенности сестринского ухода при инфаркте миокарда состоят в неукоснительном соблюдении и выполнении рекомендаций и назначений врача, соблюдение двигательного режима и принципов рационального питания. Оказание необходимой моральной и психологической поддержки на всех этапах сестринского процесса так же благотворно отражается на сроках излечения больного при инфаркте миокарда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллилуев, И.Г., Боль в грудной клетке: диагностика и лечение [Текст] / И.Г. Аллилуев. М.: Медицина, 2016. – с. 144
2. Арутюнов, Г.П., Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов [Электронный ресурс] / Г.П. Арутюнов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 504 с. – ISBN 978-5-9704-2301-1 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423011.html>
3. Дупляков, Д.В., Кардиология, №3 (14), 2017 [Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. –ISBN 2309-1908-2017-03 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/2309-1908-2017-03.html>
4. Лычев, В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно – диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-4724-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации [электронный ресурс] / (<https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/04/24/11389-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii>)
6. Огурцов, П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П.П. Огурцова, В.Е. Дворникова - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-3648-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436486.html>
7. Сединкина, Р.Г., Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» [Электронный ресурс]: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Сединкина Р.Г. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-2507-7 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425077.html>
8. Смолева, Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. – Ростов н/Д: Феникс, 2017. – 365 с.

(Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-28567-1 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671.html>

9. Федюкович, Н.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник/ Федюкович Н.И. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 573 с. (Среднее профессиональное образование.) - ISBN 978-5-222-19791-2 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222197912.html>

10. Чучалин, А.Г., Клиническая диагностика [Электронный ресурс]: учебник/ Чучалин А.Г., Бобков Е.В. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 736 с. - ISBN 978-5-9704-4836-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448366.html>

11. Якушин, С.С., Инфаркт миокарда [Электронный ресурс] / Якушин С.С. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-1486-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414866.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Данное анкетирование проводится с целью более качественной организации и осуществления сестринского ухода при инфаркте миокарда

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

- 1. Пол:** а) женский, б) мужской;
- 2. Возраст:** а) от 18 до 25 лет, б) 26-40 лет, в) 41 – 55 лет, г) старше 55 лет;
- 3. Место жительства:** а) город, б) сельская местность;
- 4. Сфера занятости:** а) учащийся, б) работающий, в) пенсионер;
- 5. Курение:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 6. Употребление алкоголя:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 7. Избыточный вес:** а) да, б) нет;
- 8. Соблюдение принципов рационального питания:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 9. Посещение лечащего врача в поликлинике:** а) чаще 1 раза в год, б) реже 1 раз в год, в) по ухудшению состояния;
- 10. Выполнение назначения врача:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 11. Наличие аппарата для измерения артериального давления в домашних условиях:**
а) да, б) нет;
- 12. Частота контроля за артериальным давлением:** а) 1 раз в день, б) 2 раза в день, в) по ухудшению самочувствия;
- 13. Наличие боли в сердце:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 14. Наличие одышки:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 15. Наличие отеков на нижних конечностях:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 16. Наличие учащенного сердцебиения:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 17. Источники получения информации об инфаркте миокарда:**
а) друзья, б) СМИ, в) интернет, г) медработник;
- 18. Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу заболеваний сердца:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 19. Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры:** а) да, б) нет, в) иногда;
- 20. Удовлетворенность сестринским уходом в ЛПУ:** а) да, б) нет, в) не вполне удовлетворены.

Спасибо за участие в опросе!