

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ИНФАРКТМ МИОКАРДА**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Вашева Людмила Михайловна**

Научный руководитель
преподаватель Абрамова Е.В.

Рецензент
старшая медицинская сестра, отделение
сосудистой хирургии
ОГБУЗ «Областная клиническая
больница Святителя Иосафа»
Гладких И.И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАНИЙ ОБ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	6
1.1. Этиология и патогенез инфаркта миокарда	6
1.2. Клиническая картина и диагностические исследования при инфаркте миокарда.....	8
1.3. Лечение и оказание первой медицинской помощи при инфаркте миокарда	10
1.4. Профилактика, реабилитация и прогноз инфаркта миокарда	14
1.5. Сестринский уход при инфаркте миокарда.....	15
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА....	26
2.1. Заболеваемость и смертность инфарктом миокарда в Российской Федерации	26
2.2. Организационная характеристика сердечно-сосудистого отделения ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иосафа»	28
2.3. Анализ социологического исследования пациентов в сердечно- сосудистом отделении ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иосафа»	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

ВВЕДЕНИЕ

Инфаркт миокарда (ИМ) – самая серьезная клиническая форма ишемии сердца. Это острое, угрожающее жизни, состояние, обусловленное относительным либо абсолютным недостатком кровоснабжения определенной части миокарда вследствие тромбоза коронарной артерии, в результате чего формируется очаг некроза.

Еще 100 лет назад инфаркт миокарда был редким явлением, и врачи описывали его как казуистику. Только в начале прошлого века ученые В. Образцов, Н. Стражеско (Россия) и Геррик (США) смогли дать классическое описание клинических проявлений инфаркта миокарда. Раньше считали, что основной причиной стенокардии – является склероз венечных артерий. Объяснялось это недостаточным изучением вопроса и морфологическим направлением.

К началу 20 века, благодаря накопившемуся материалу и опыту, отечественные специалисты указывали на нейрогенный характер стенокардии, не исключая и частое сочетание спазма артерий с их склерозом (Е. Тареев, Ф. Карамышев, А. Мясников, И. Швацабая). Данную концепцию применяют до сих пор.

Главное достижение 20 века - появление электрокардиографии, превентивной кардиологии и Фремингемского исследования, организации отделений интенсивной терапии, появление "липидной" теории атеросклероза и эхокардиографии, проведение операций на открытом сердце, внедрение имплантированных дефибрилляторов и использование тромболитической терапии. Все это значительно модифицировало кривую смертности от этого сердечного недуга.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что инфаркт миокарда - одно из самых опасных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы и является основной причиной смертности не только в России, но и на всей планете. Инфаркт миокарда – довольно опасное состояние, при котором минута

промедления грозит смертельным исходом. От качества сестринского ухода в острой период, на стадии реабилитации, а также от профилактических мероприятий зависит жизнь и здоровье пациентов. Инфаркт миокарда может закончиться выздоровлением и не нести за собой серьезные последствия, если правильно использовать современные методы лечения и вовремя обращаться за помощью к специалистам.

В дипломной работе рассматривается **тема:** «Профессиональная деятельность медицинской сестры при работе с пациентами с инфарктом миокарда».

Определена **проблема** – это значение деятельности средних медицинских работников в решении проблем пациентов с инфарктом миокарда.

Цель дипломной работы – изучить основные принципы сестринского ухода за пациентами с инфарктом миокарда.

Определены следующие **задачи:**

- изучить медицинскую литературу по данному вопросу;
- проследить профессиональную деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с данной патологией;
- провести анкетирование.

Объект исследования – пациенты сердечно-сосудистого отделения ОГБУЗ «Областная клиническая больница святителя Иосафа».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с инфарктом миокарда.

Гипотеза исследования – при осуществление грамотного сестринского ухода и проведение реабилитационных мероприятий снижается уровень заболеваемости инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы исследования:

- научно – теоретический анализ;
- анкетирование;
- статистический анализ данных.

Структура работы: дипломная работа по объему занимает –40 страниц. Данная работа состоит из введения, где отражена актуальность проблемы инфаркта миокарда. Поставлена цель, определены предмет и объект исследования, выдвинута гипотеза. Глава 1 – теоретическая часть, то есть обзор и анализ современной медицинской литературы с собственными выводами. Глава 2 представляет материалы собственного исследования с выводами. Имеется также заключение, список использованных источников и литературы, приложения. Кроме того, работа дополнена таблицами, графиками и диаграммами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗНАНИЙ ОБ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

1.1. Этиология и патогенез инфаркта миокарда

Этиология. Факторами рисками данного заболевания являются атеросклероз коронарных артерий, их длительный спазм и повышенное эмоциональное напряжение [3, с. 194].

Классификация:

Инфаркт миокарда можно классифицировать по признакам:

1. По времени его возникновения:
 - первичный (острый) – длится около 8 недель с момента ишемического приступа;
 - повторный – возникший после первичного через 8 недель;
 - рецидивирующий - инфаркт, развившийся в течение 8 недель существования первичного.
2. По области локализации в различных отделах сердца:
 - левый желудочек;
 - верхушка сердца;
 - межжелудочковая перегородка (септальный);
 - правый желудочек (редко).
3. По локализации в различных отделах сердечной мышцы (по отношению к сердечной оболочке):
 - субэндокардиальный;
 - субэпикардиальный;
 - интрамуральный (средняя часть миокарда);
 - трансмуральный (вся толща сердечной мышцы).
4. По распространенности:
 - мелкоочаговый;

- крупноочаговый;
- трансмуральный.

Патогенез

Течение инфаркта миокарда проходит 2 стадии – некроз и рубцевания.

В некротической стадии происходят такие изменения, как отделение пораженной ткани. В разных участках сердца происходят изменения, которые могут затронуть другие органы. Участок некроза отграничен от сохранившегося миокарда зоной полнокровия и лейкоцитарной инфильтрацией (демаркационное воспаление). Данную стадию могут характеризовать некротические изменения в очаге инфаркта, а также глубокие дисциркуляторные и обменные нарушения вне этой области. Также характеризуются фокусами неравномерного кровенаполнения, кровоизлияниями, исчезновением из кардиомиоцитов гликогена, а также с появлением в них липидов, деструкцией митохондрий и саркоплазматической сети, и некрозом единичных мышечных клеток. Сосудистые нарушения могут наблюдаться и за пределами сердца, например, в головном мозге.

На стадии рубцевания (организации) характеризуется процессом заживления пораженных участков. Макрофаги принимают участие в резорбции некротических масс, в их цитоплазме появляются липиды, продукты тканевого детрита. Фибробласты, обладают высокой ферментативной активностью, в которой участвуют в фибриллогенезе. Организация инфаркта происходит как из зоны демаркации, так и из «островков» сохранившейся ткани в зоне некроза. Этот процесс продолжается 7-8 недель, но может продолжаться и дольше в зависимости от типа поражения. Новообразованная соединительная ткань вначале рыхлая, по типу грануляционной, после чего созревает в грубоволокнистую рубцовую, в которой вокруг сохранившихся сосудов видны островки гипертрофированных мышечных волокон. В области рубцевания образуются спайки.

Следовательно, при организации инфаркта на его месте появляется плотный рубец. В случаи появления рубца говорят о постинфарктном

кардиосклерозе. Сохранившийся миокард, особенно по периферии рубца, подвергается регенерационной гипертрофии [1, с. 93].

1.2. Клиническая картина и диагностические исследования при инфаркте миокарда

Основным симптомом является сильная боль за грудиной (ангинозная боль), которая может отдавать в руку, лопатку и спину. Болевые ощущения могут носить непостоянный характер. При жалобе пациента наблюдаются такие симптомы, как чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке. Это характерно для больных страдающим сахарным диабетом.

Данный болевой синдром продолжается от 15 минут до 60 минут. После принятия нитроглицерина болевой синдром купируется. Бывает профузный пот.

При данном заболевании в 20-30 % случаев также встречаются другие симптомы:

- обильное потоотделение;
- аритмия;
- развитие сердечно-сосудистой недостаточности.

Факторы, которые могут повлиять на появление инфаркта - являются физическая нагрузка, психологическое и эмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз.

Заболевание может протекать по атипичной форме и может поражать другие органы и системы (желудочно-кишечный тракт, головной мозг и дыхательная система). Это представляет собой трудности для диагностирования [4, с. 134].

Различают следующие атипичные формы инфаркта миокарда:

1. «Абдоминальная форма — боли появляются в верхней части живота и могут сопровождаться симптомами интоксикации (тошнота, рвота и

вздутие живота). В данном случае симптомы инфаркта могут напоминать симптомы острого панкреатита.

2. Астматическая форма — сопровождаются приступами удушья, характерными для бронхиальной астмы.

3. Атипичный болевой синдром при инфаркте может быть представлен болями, локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти, подвздошной ямке.

4. Безболевого ишемия миокарда наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для больных сахарным диабетом, у которых нарушение чувствительности является одним из проявлений болезни (диабета).

5. Церебральная форма — сопровождается головокружениями и потерей сознания.

6. В ряде случаев у пациентов с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, к основному болевому синдрому при инфаркте миокарда присоединяется характерная для межрёберной невралгии опоясывающая боль в грудной клетке, усиливающаяся при прогибании спины назад, вперед».

Диагностические исследования.

Для диагностики проводят следующие мероприятия (исследования):

1. ЭКГ проводят несколько раз с интервалом 25 – 30 минут для более точной диагностики. При анализах данных ЭКГ позволяют оценить данное место поражения ткани миокарда, а также степень ее распространения и временные рамки от начала отмирания клеток. Для сравнения с ранее проведенными исследованиями, чтобы иметь возможность видеть динамику распространения и характер заболевания;

2. Эхокардиография позволяет выявить первые скрытые признаки инфаркта миокарда и ишемию. (этот метод диагностики применяют для дополнительной информации, в случае неясной картины показаний электрокардиограммы.)

3. Биохимический анализ крови показывает увеличение содержания альбумина, креатинина и холестерина. На 2-3 сутки увеличивается уровень

нейтрофильных лейкоцитов. При инфаркте миокарда в сыворотке крови появляется сократительный белок-трепанин.

4. Рентгенография поможет выявить наличие застойных явлений и предупредить риск развития таких осложнений, как пневмоторакс и расслоение аорты.

5. Общий анализ крови – в крови меняется концентрация кровяных телец.

6. Тест на содержание тропонинов.

7. Анализ мочи – увеличение показателей мочевины. При развитии такого осложнения как кардиогенный шок наблюдается олигурия.

8. Сцинтиграфия миокарда.

9. Коронарография.

10. магнитнорезонансная томография – позволяет узнать место распространения воспалительного процесса и степень поражения [10, с. 200].

Другие методы исследования:

- пальпация – в области происходят изменения (в левой перикардиальной области) отмечается локальная болезненность;

- перкуссия – позволяет определить границы происходящих изменений;

- аускультация – определение сердечных тонов и шумов;

- измерение температуры тела;

- контроль артериального давления.

1.3. Лечение и оказание первой медицинской помощи при инфаркте миокарда

«Больные с инфарктом миокарда нуждаются в неотложной госпитализации в реанимационно-анестезиологическое отделение.

Данное лечение осуществляется на догоспитальном этапе в машине скорой медицинской помощи. Больных с таким заболеванием доставляют в реанимационные отделения или палаты (блоки) интенсивной терапии [11, с. 608].

Лечение включает в себя:

- купирование болевого синдрома с помощью морфина;
- фибринолитическую терапию;
- нитраты;
- бета – адреноблокаторы оказывают стимулирующее действие на сердечную мышцу и оказывает противовоспалительное действие.

Купирование болевого синдрома.

Нейролептанальгезия с использованием фентанила в дозе 0,1 мг (2 мл 0,005%-ного раствора) и дроперидола (в зависимости от уровня АД) в дозе от 2,5 (1 мл) до 4 мг; вводят внутривенно медленно (2 мл/мин) в 20 мл 5%-ного раствора глюкозы или физ. раствора.

Морфин в дозе 10-15 мг - 1-1,5 мл 1%-ного раствора используется при острой левожелудочковой недостаточности без признаков артериальной гипотензии, промедол в дозе 20 мг - 1 мл 2%-ного раствора для пожилых больных при бронхообструктивном синдроме, брадикардии (при наличии противопоказаний к атропину)».

Фибринолитическая терапия: Фибринолитические средства (стрептокиназа, урокиназа, тканевой активатор плазминогена) используют в первые 3-4 ч (не позднее 12 ч) от начала заболевания. Эти вещества влияют на активацию плазминогена и профибринолизина.

Стрептокиназа внутривенно капельно 15 млн МЕ вводится в 100 мл физ. раствора или 5%-ном растворе глюкозы в течение 30 мин либо 750 тыс. МЕ в 20 мл физ. раствора внутривенно в течение 10 мин, затем 750 тыс. МЕ в 100 мл физ. раствора капельно в течение 30 мин.

Преднизолон вводят в объеме 60 – 90 мг для предупреждения развития аллергических реакций человека. При появлении аллергических реакций,

следует прервать инфузию и экстренно ввести глюкокортикостероиды и антигистаминные средства.

Гепаринотерапия применяется с целью снижения давления и оказывает влияние на свертываемость крови. Больным с противопоказаниями к фибринолитической терапии, при повышенном риске тромбоэмболических осложнений - обширном инфаркте передней стенки левого желудочка, сердечной аневризме, повторном инфаркте, наличии системных или легочных тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе, сердечной недостаточности, мерцательной аритмии, в пожилом возрасте пациента.

На ранних стадиях заболеваемости применяют гепарин. После использования фибринолитической терапии медицинский персонал наблюдает за больным в первые сутки лечения гепарином. Следует предотвратить развитие геморрагических осложнений [5, с. 312].

Предпочтение отдается низкомолекулярным гепаринам 4 раза в сутки подкожно в следующих дозах: дальтепарин (фрагмин) - 120 МЕ/кг; надропарин (фраксипарин) - 85-100 МЕ/кг. Необходим контроль времени свертываемости».

«Нитраты: Они применяются для купирования боли. Применяют нитроглицерин, 2-4 мл 1%-ного раствора (перлинганит, 20-40 мл 0,1%-ного раствора), или изосорбидадинитрат (изокет), 20-40 мл 0,1%-ного раствора, - назначают внутривенно капельно в 200-400 мл физ. раствора (10-15 капель в 1 мин) в непрерывном режиме 48-72 ч.

Бета-адреноблокаторы показаны при гипертонии, частой экстрасистолии, тахикардии, гиперпиретическом варианте кровообращения без явлений сердечной недостаточности.

Пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал) внутривенно медленно в дозе 1-2 мг (1-2 мл 0,1%-ного раствора); повтор дозы через каждые 5 мин до достижения ЧСС 55 уд/мин; далее переходят к пероральному приему по 20-80 мг каждые 6 ч.

Талинолол (корданум) вводят внутривенно со скоростью 10-20 мг/ч, в первые сутки доза может составить 50 мг, затем - перорально по 100-200 мг/сут.»

Ангиопластика и аортокоронарное шунтирование относятся к хирургическим методам лечения. К ним прибегают только в крайних случаях. Расширение сосуда в месте стеноза, установка специального стента (трубки), обеспечение нормального кровотока и аортокоронарное шунтирование.

Аортокоронарное шунтирование: осуществляется при определенной локализации и степени сужения, когда не эффективно медикаментозное лечение и ангиопластика [8, с. 91].

Тактика медицинской сестры.

1. Придать пациенту удобное положение.
2. Создать благоприятную эмоциональную обстановку, успокоить пациента.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха, тугую мешающую одежду расстёгивают, ослабляют галстук.
4. Дать принять аспирин и нитроглицерин.
5. Вызвать скорую помощь.
6. Если в течение 3 минут после сидения в покое или после принятия нитроглицерина боль не проходит, то срочно вызывают скорую. Оказывающим первую помощь нельзя поддаваться на просьбы больного о том, что всё сейчас пройдёт. Если скорая помощь не сможет приехать быстро, пациента везут в больницу на попутной машине. При этом в машине желательно находиться двум здоровым людям, чтобы один вёл машину, а другой следил за состоянием больного человека.
7. Если под рукой оказался аспирин, и у больного нет на аспирин аллергии, то ему дают разжевать 300 мг. Если больной постоянно принимает аспирин, принятую этим днём дозу, дополняют до 300 мг. Нужно разжевать таблетки, иначе аспирин не подействует достаточно быстро.

8. В случае остановки сердца, потери сознания немедленно начинают сердечно-лёгочную реанимацию. Её применение многократно увеличивает шансы больного на выживание и благоприятный исход болезни [6, с. 814].

Врачебная помощь:

- устранение боли;
- восстановление коронарного кровотока (тромболитическая терапия, ангиопластика коронарных артерий, АКШ – аортокоронарное шунтирование).

При выраженной сердечной недостаточности в условиях больницы возможна постановка внутриаортальной баллонной контрпульсации.

1.4. Профилактика, реабилитация и прогноз инфаркта миокарда

Профилактика.

«При проведение профилактических мероприятий снижается риск рецидивов.

- антитромботическая терапия аспирином помогает локализовать зону повреждений и снизить риск развития осложнений;
- бета-блокаторы могут применяться для профилактики инфаркта миокарда у людей, перенёвших инфаркт миокарда в прошлом. Прием ингибиторов используются для людей со сниженной функцией выброса крови из левого желудочка менее 40%. Бета-блокаторы после перенесенного инфаркта миокарда снижают смертность и заболеваемость;
- терапия статинами после инфаркта миокарда снижает смертность;
- применение полиненасыщенных длинноцепочечных омега-3 жирных кислот (докозагексаеновой и эйкозапентаеновой) в больших дозах также улучшает прогноз после перенесенного инфаркта миокарда;
- применение нефракционированного гепарина внутривенно или низкомолекулярного гепарина подкожно у лиц с первичной нестабильной стенокардией снижает риск инфаркта миокарда;

- ингибиторы АПФ также применяют для профилактики инфаркта миокарда у людей со сниженной фракцией выброса левого желудочка ниже 40% [7, с. 516].

Реабилитационные мероприятия после инфаркта миокарда включает в себя следующие моменты выздоровления:

- диетотерапию;
- лекарственная и психоэмоциональная реабилитация после инфаркта миокарда (коррекция дислипидемий, возможных осложнений);
- дозированные физические нагрузки;
- лечебно – гимнастические упражнения;
- психологическая реабилитация после инфаркта миокарда.

Прогноз заболевания условно неблагоприятный. После возникновения инфаркта развиваются необратимые ишемические изменения, что может привести к осложнениям различной степени тяжести».

1.5. Сестринский уход при инфаркте миокарда

Медицинская сестра в отделении кардиологии находится в подчинении врача - кардиолога и выполняет свою работу под его руководством.

Медицинская сестра кардиологического отделения в своей работе руководствуется должностной инструкцией, методическими советами по усовершенствованию работы среднего медперсонала лечебных учреждений

Пациенты с инфарктом миокарда нуждаются в общем и особом уходе, и психологической поддержке. Большинство из этих обязанностей возложены на медсестер.

1. Следит за правильностью выполнения врачебных назначений.
2. Необходим надзор за регулярностью и точностью, а кроме того дозы использования фармацевтических веществ.

3. Следит за состоянием пациента и обо всех изменениях сообщает врачу.
4. Контролирует допустимые физические нагрузки.
5. Следит за такими показателями, как ЧСС и АД.
6. Дает пациенту рекомендации исходя из их самочувствия.
7. При лечении нитратами следует знать, то что:
 - нитроглицерин принимают строго под язык, а никак не вовнутрь;
 - при использовании определенных нитратов допустимо появление таких побочных явлений, как, головокружение, шум в ушах, а кроме того незначительная тошнота. Данные побочные явления можно исключить, если принимать нитроглицерин вместе с валидолом.
8. Основные принципы диеты:
 - снижение потребления жиров, а также продуктов, содержащих холестерин, насыщенные жирные кислоты (животные жиры, сливочное масло, сливки, яйца);
 - больше и чаще употреблять продукты богатые магнием и калием, так как они поддерживают нормальную работу сердца.
 - употреблять больше растительных салатов и зеленых овощей.
 - увеличить потребление продуктов, богатых полиненасыщенными жирными кислотами: растительные масла, рыба, птица, морепродукты;
 - категорически ограничить количество поваренной соли в пище до 3 – 5 г в сутки.
9. Для улучшения кровоснабжения миокарда, уменьшения частоты приступов стенокардии, восстановления трудоспособности больному нужны дозированные регулярные физические нагрузки.
10. Питание должно быть дробным, прием пищи необходимо осуществлять 5-6 раз в день. Снизить потребление соли, так как она ведет к нарушению водно-солевого обмена.
11. Пациенты находятся в диспансере у местного врача и кардиолога после инфаркта.

Правила ухода за больным с инфарктом миокарда.

1. При приступе пациента госпитализируют в отделение кардиологии или в блок интенсивной терапии.
2. По мере улучшения состояния больного ему назначаются умеренные физические нагрузки (на 10-11 день больному допустимо садиться на кровать, на 14-17 дни допустимы прогулки по палате и коридоре). Строгий постельный режим соблюдается больным на протяжении десяти суток (отправка физических нужд, питание, переодевание, купание пациента происходят только лишь в кровати).
3. Обязательно осуществлять профилактику пролежней и иных осложнений.
4. Соблюдение диеты. Еда должна быть легкоусвояемой.
5. Снизить потребление продуктов, которые стимулируют вздутие (капуста, темный черный хлеб, напиток). Пациента кормят маленькими дозами, не реже 4 раз в день. Нужно употреблять больше фруктов и овощей. При отеках снизить потребление воды.
6. Последний прием пищи должен осуществляться за 3 часа до сна.
7. Пациенту запрещаются резкие движения.
8. Пациент не должен быть обеспокоен и раздражен.
9. Находящаяся рядом медсестра должна помогать пациенту присаживаться и подниматься.
10. Контроль за артериальным давлением и пульсом.
11. Контроль за частотой стула пациента.
12. Контроль за числом опорожненной и назначенной воды.
13. Контроль за применением лекарственных препаратов.
14. При неосложненном течении инфаркта по назначению врача на 10 - 11 день больному разрешается сидеть на кровати. К 14—дню больному разрешаются короткие прогулки по коридору. К 21 дню больному разрешаются длительные прогулки.
15. Проведение после выписки лечения в специализированном

санатории [9, с. 280].

Реабилитационные мероприятия больным, перенесшим инфаркт миокарда.

Уже после инфаркта миокарда больные нуждаются в помощи. Реабилитация нужна для того, чтобы возвратиться к прежнему образу жизни. С данной целью применяют лекарственные вещества, лечебную физкультуру, массаж, терапию фармацевтическими растениями.

Реабилитация преследует следующие цели:

1. Восстановление функционального состояния сердечной мышцы.
2. Адаптация к физическим нагрузкам.
3. Профилактика рецидивов.
4. Восстановление трудоспособности и возврата к настоящему труду.
5. Уменьшение дозы использования фармацевтических веществ.

Принципы:

1. Ранние физические нагрузки.
2. Продолжительная реабилитация (не менее 1 года).
3. Реабилитация должна быть полноценной: необходимо оказать и психологическую помощь пациенту, рекомендовано лечение медикаментозными средствами.

4. Важным условием реабилитации является роль семьи во время болезни. От правильности выполнения лечения скорость возвращения больного к обычной жизни, понижение утраты трудоспособности - [1, с. 121].

От качества лечения зависит состояние пациента и его адаптация к жизни.

Лекарственная терапия назначается с целью улучшения кровообращения, нормализации давления и предотвращения рецидивов, назначать и отменять препараты может только врач.

Психологическая реабилитация.

1. Избегание конфликтных и стрессовых ситуаций.
2. Обучение человека технике расслабления.
3. Реакции на стресс.

4. Адаптация к жизни.

Лечебная гимнастика.

Лечебная физкультура при инфаркте миокарда начинается со 2 – 3-го дня. Сначала проводятся посильные для пациента упражнения, обеспечивающие подвижность в мелких и средних суставах, постепенно упражнения усложняются.

Для профилактики застойной пневмонии очень полезна дыхательная гимнастика.

Методика лечебной физкультуры (ЛФК) при реабилитации.

Реабилитационные мероприятия делятся на 3 этапа. ЛФК после инфаркта подбирают, с учетом класса тяжести постинфарктного состояния пациента.

I ЭТАП – ГОСПИТАЛЬНЫЙ

Лечение и восстановление больного проводят в стационаре до начала клинического выздоровления (острые симптомы болезни угасли, но состояние опасно рецидивом, осложнениями).

Упражнения в первые дни после сердечного приступа.

Цель ЛФК:

Снизить риск возможных осложнений. Из-за ослабленной сердечной мышцы, ограничения подвижности, нарушения свертываемости крови возрастает вероятность развития тромбоза, застойной пневмонии, атонии кишечника, слабости мышц.

Улучшить работу сердечно-сосудистой системы легкими физическими упражнениями. Нагрузки предназначены для стабилизации периферического кровообращения, сосудистого тонуса.

Адаптировать больного к бытовым нагрузкам, восстановить простейшие двигательные навыки.

Улучшить психоэмоциональное состояние.

При легком течении инфаркта лечебную гимнастику начинают через 3-4 дня, после исчезновения острых признаков болезни. Основная форма ЛФК имеет 4 ступени физической активности:

Больной должен соблюдать постельный режим. Однако можно начинать минимальную физическую активность. Выполняют комплекс лечебной гимнастики №1 один раз/день. Если состояние остается стабильным больного начинают присаживать на 5-10 минут 3 раза/день. Первое присаживание проходит под руководством медсестры или инструктора по ЛФК.

Через 3-5 дней успешного присаживания, лечебную гимнастику делают повторно через 1,5-2 часа после обеда. Продолжительность 10-15 минут. Обязательно измеряют пульс, давление до и после занятий. Если нет осложнений, переходят к следующей ступени.

Пациент также продолжает выполнять комплекс упражнений №1. Разрешается вставать с кровати. Ходить сначала около нее, потом по палате, есть сидя за столом.

Больному назначают комплекс гимнастики №2. Первые 2-3 занятия проводятся под контролем инструктора. Разрешается ходьба по палате, коридору, подъем по лестнице на несколько ступенек. Число упражнений, расстояние для ходьбы увеличивают постепенно.

Если при увеличении физической активности появляется одышка, боль, усталость упражнения прекращают или уменьшают нагрузку, дополнительно вводят дыхательную гимнастику Стрельниковой или Бутейко.

Комплекс лечебной гимнастики №1 (выполняют в положении лежа):

- сгибание стоп к себе, от себя;
- сгибание-разгибание пальцев рук;
- приподнять руки, слегка потянуться к коленям, голову не поднимать;
- поочередно сгибать каждую ногу, не отрывая стопу от постели;
- ноги согнуть в коленях, опустить вправо, потом влево;
- ноги согнуть в коленях, правой рукой потянуться к левому колену, то же самое другой рукой;

- одновременно отвести в сторону правую руку и левую ногу, голову повернуть вправо, принять исходное положение, повторить с другой рукой и ногой;

- сжать кулаки, вращать кисти рук, одновременно со стопами;

- руки прямые, свести ягодицы, напрягая мышцы ног, расслабиться.

При первом выполнении ЛФК каждое упражнение делают 1 раз, постепенно нагрузку увеличивают, доводя до 8 раз.

Природное средство от атеросклероза и холестериновых бляшек. Вещество прикрепляется к артериям и не дает бляшкам вырасти, убирая их. Принимают 2 раза в день по две.

Комплекс лечебной гимнастики №2 (выполняют сидя на стуле):

- прислониться к спинке стула, руки поднять к плечам, развести локти в стороны, опустить;

- сжимать-разжимать кулаки, одновременно перекачивая стопы с пяток на носки;

- ногами скользить по полу вперед-назад, не отрывая стопы от пола;

- развести прямые руки в стороны, затем положить на колени, слегка наклонить туловище вперед, выпрямиться;

- держась руками за сиденье стула поднять вверх правое плечо, левое опустить вниз, затем сделать наоборот;

- руками подтянуть левое колено к груди, повторить то же самое с правым;

- руки на поясе, локти и плечи потянуть вперед, голову наклонить вниз; выпрямить локти, плечи, спину прогнуть, голову повернуть сначала вправо, потом влево.

При первом выполнении ЛФК каждое упражнение делают 1 раз, постепенно доводят до 8 раз.

II ЭТАП – ПОСЛЕБОЛЬНИЧНЫЙ

Реадаптацию после инфаркта проводят в реабилитационном центре, санатории, поликлинике. Период выздоровления наступает после выписки из больницы. Длится около двух месяцев, при неосложненной форме болезни.

Цель ЛФК при инфаркте миокарда:

- восстановить работоспособность больного, устранить недостаточную двигательную активность, снять ограничения с объема движений;
- постепенно увеличить физические нагрузки, чтобы подготовить выздоравливающего к бытовым, профессиональным условиям работы.

Лечебная гимнастика не проводится, если у пациента сохраняется недостаточность кровообращения, нарушение ритма сердца, выявлена аневризма аорты, сердца.

Основные формы ЛФК:

- дозированная, медленная ходьба сначала 500-900 м, потом 2-3 км с отдыхом;
- подъем по лестнице до 2-3 этажа;
- занятия на кардиотренажерах: велотренажер или беговая дорожка (только с инструктором) 1 раз/неделю;
- гимнастика: выполняют упражнения комплекса №1, №2, нагрузку увеличивают, добавляя новые элементы. Общая продолжительность занятий 20-30 минут.

III ЭТАП – ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ

Начинается с 4 месяца после перенесенного инфаркта, продолжается всю жизнь. Если лечебная гимнастика вовремя реадaptации выполнялась ежедневно, на этом этапе работоспособность приближается к такой, как у здоровых людей.

Цель ЛФК:

- увеличение и поддержание нормальной физической работоспособности;
- профилактика ишемической болезни сердца, рецидива инфаркта;

- полная социальная, бытовая адаптация;
- снижение количества принимаемых лекарств.

Занятия гимнастикой аналогичны для людей с ослабленным здоровьем, малой подвижностью.

Рекомендуются:

- упражнения у гимнастической стенки;
- лечебная гимнастика с легкими гантелями;
- длительные пешие прогулки каждый день;
- подъем по лестнице до 5 этажа;
- занятия на тренажерах 2-3 раза/неделю.

В первый год после инфаркта риск повторного приступа наиболее высок. Поэтому выздоравливающий должен регулярно контролировать свое состояние. Нужно ежедневно измерять артериальное давление, следить за пульсом, дыханием, сердцебиением во время активности. Занятия лечебной физкультурой должны проходить легко, без перенапряжения.

ЛФК занимает ведущее место в реабилитации постинфарктных больных. Главная задача – поэтапное увеличение нагрузок, адаптация к социальной, трудовой жизни, комплексность, ведение каждого пациента вовремя I этапа выздоровления.

Физическая нагрузка показана больному после инфаркта миокарда уже на 3 — 4 день пребывания в больнице. После купирования острой стадии заболевания или вызванных им осложнений, можно приступать к началу реабилитационных мероприятий: Первые 2 — 3 суток пациент соблюдает строгий постельный режим, разрешен поворот туловища на правый бок для приема пищи и пользования судном. С 4 по 7 день больному разрешают самостоятельно двигаться в постели. При этом пациенту можно садиться в кровати только в присутствии медицинского персонала на достаточно ограниченное время. К физическим упражнениям в этот период можно отнести подъем и разведение рук в стороны, упражнения для груди и брюшного пресса. Данная нагрузка называется комплекс ЛФК №1 и сопровождается обычно

специальным массажем. Вторая неделя соответствует набору упражнений лечебной физкультуры №2 и включает в себя медленную пешую ходьбу по палате, выполнение ограниченных упражнений в положении сидя. Комплекс упражнений №3 предназначен для пациентов, пребывающих в стационаре уже больше 14 суток. Им разрешены прогулки в коридоре отделения, медленный подъем по лестнице до 2 этажей, полное самообслуживание, включая водные процедуры. Выполнение физических упражнений контролируется специалистом по ЛФК для отработки правильных дыхательных движений при нагрузке. После 3 недель реабилитации пациенты уже достаточно окрепли и могут позволить себе пешую ходьбу на открытом воздухе в течение 45 — 60 минут. Набор упражнений №4, рекомендованный на этот период, включает в себя нагрузку на все группы мышц. Основным методом считается применение велоэргометра и беговой дорожки.

В период восстановления после инфаркта миокарда большое значение имеет применение занятий по дыхательной гимнастике. Нельзя недооценивать этот метод лечения, ведь тщательно подобранная нагрузка положительно влияет на процесс выздоровления и облегчает реабилитацию. Дыхание и использованием диафрагмы: При этом специалисты предупреждают, что чрезмерно увлекаться такими занятиями не стоит, так как неправильный подход к терапии может нанести не малый вред организму, спровоцировать повышение артериального давления и привести к перегрузке суставов. Существуют специально созданные комплексы упражнений для пациентов, перенесших инфаркт. Данные занятия обогащают сердце и сосуды кислородом, а также несут человеку желаемое облегчение.

Выводы из теоретической части ВКР

В большинстве случаев при инфаркте миокарда появляются характерные изменения на электрокардиограмме. Однако они могут запаздывать, иногда обнаруживаются через несколько часов или даже суток после стихания интенсивных болей.

При возникновении острой боли за грудиной, не исчезающей после

приема нитроглицерина, необходимо срочно вызвать скорую помощь. На основании тщательного обследования больного, включающего электрокардиографию, можно распознать заболевание.

До прибытия врача больному обеспечивают максимальный физический и психический покой: его следует уложить, по возможности успокоить. При появлении удушья или нехватки воздуха больному необходимо придать полусидячее положение в постели.

Хотя при инфаркте нитроглицерин полностью не устраняет боли, повторное его применение целесообразно и необходимо. Заметное облегчение приносят и отвлекающие средства: горчичники на область сердца и грудины, грелки к ногам, согревание рук.

Больной в остром периоде заболевания нуждается в постоянном наблюдении. За первым приступом нередко следуют повторные, более тяжелые. Течение болезни может осложняться острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма сердца и т.д.

Проблема инфаркта миокарда приобретает большое социальное значение в связи с возрастанием заболеваемости за последние годы, поражением населения в наиболее активном возрасте от 45 до 60 лет с ранней инвалидизацией, высокой летальностью (от 17 до 30 %). В последние годы значительно увеличилась заболеваемость инфарктом миокарда лиц в возрасте до 40 лет.

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

2.1. Заболеваемость и смертность инфарктом миокарда в Российской Федерации

В исследовательской части первоначально была поставлена первоначальная задача проанализировать ситуацию инфаркта миокарда в Российской Федерации.

Данные о заболеваемости в Российской Федерации за последние 5 лет представлены в таблице:

Таблица 1

Заболеваемость в Российской Федерации

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Заболеваемость	673700	693800	730530	860980	1016760
Заболеваемость, %		+3%	+5%	+18%	+18%

Из приведенных табличных данных построена данная диаграмма.

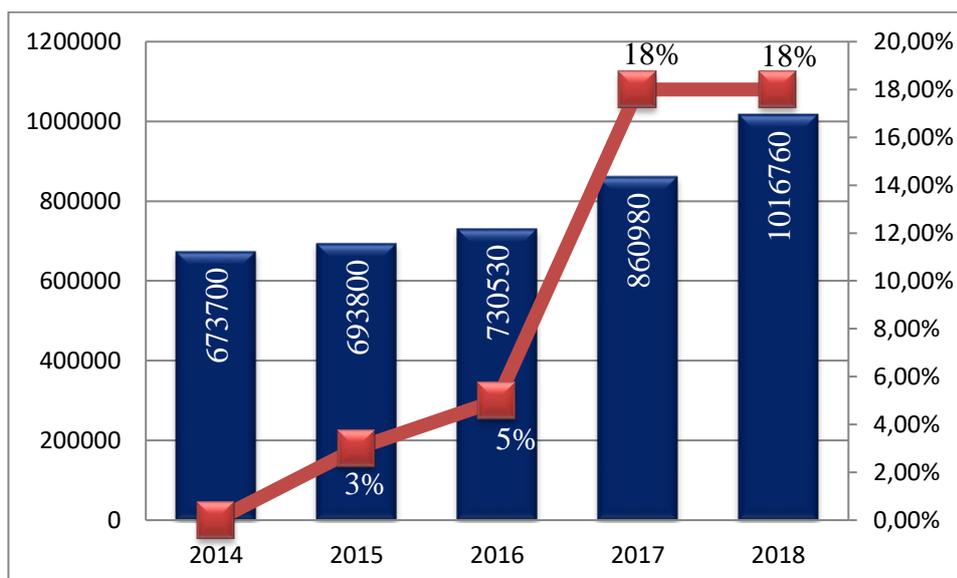


Рис. 1. Заболеваемость в Российской Федерации

Проанализировав ситуацию в Российской Федерации за последние 5 лет, можно сделать следующие выводы:

- в 2015 году по сравнению с 2014 году заболеваемость в Российской Федерации выросла на 3%;
- по сравнению с 2015 годом, заболеваемость в 2016 году выросла на 5%;
- в 2017 году заболеваемость резко возросла на 18% по сравнению с 2016 годом;
- в 2018 году по сравнению с 2017 годом заболеваемость увеличилась на 18%.

Данные о смертности в Российской Федерации за последние 5 лет, можно представить в таблице:

Таблица 2

Смертность в Российской Федерации

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Смертность	64568	63043	61850	57381	55682
Смертность, %		-2%	-2%	-7%	-3%

Из приведенных табличных данных построена диаграмма.

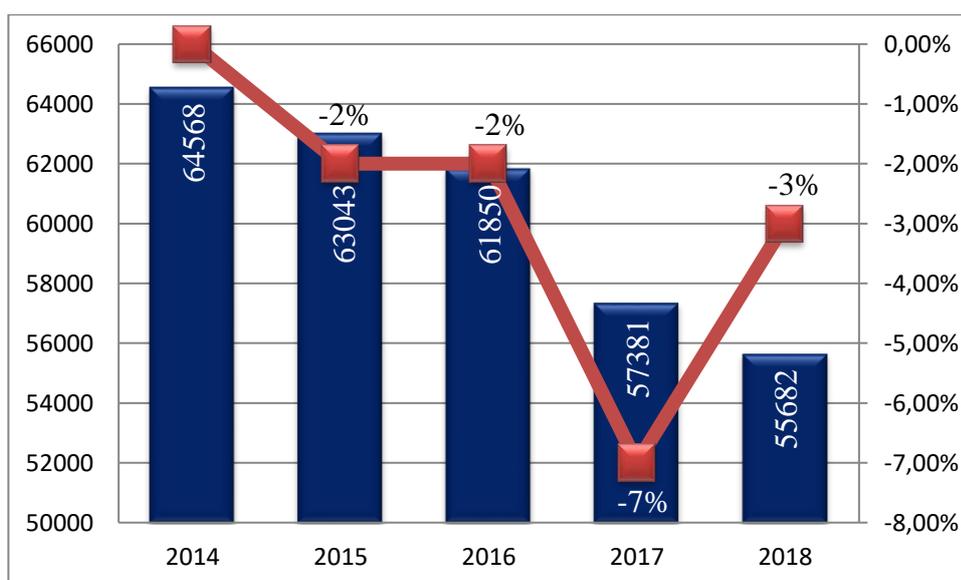


Рис. 2. Смертность в Российской Федерации

Проанализировав ситуацию в Российской Федерации за последние 5 лет, можно сделать краткие выводы:

- на 2015 год смертность уменьшилась на 2% по сравнению с 2014 годом;
- в 2016 году смертность уменьшилась еще на 2% по сравнению с 2015 годом;
- 2017 году смертность резко уменьшилась на 7% по сравнению с предыдущим 2016 годом;
- в 2018 году смертность упала на 3% по сравнению с 2017 годом.

2.2. Организационная характеристика сердечно-сосудистого отделения ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» - это современный медицинский центр с профессиональным коллективом. У нас работают только высококвалифицированные специалисты, кандидаты и доктора медицинских наук.

У нас созданы все условия для ранней и своевременной диагностики различных заболеваний, их консервативного и хирургического лечения с использованием малоинвазивных методик.

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа стабильно занимает позицию лидера среди медицинских учреждений, участвующих в оказании высококвалифицированной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

В больнице создана и постоянно совершенствуется база для оказания населению Белгородской области, а также жителям других регионов, качественной медицинской помощи. Наличие высококвалифицированных специалистов, современной медицинской аппаратуры и оборудования способствует динамичному развитию лечебно-диагностического процесса и

позволяет оказать высокотехнологичную медицинскую помощь по многим профилям.

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа - это ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона. В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 522 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

Ежегодно в больнице получают амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь свыше 170 тыс. жителей области, выполняется более 39 тыс. оперативных вмешательств, принимается свыше 5 тыс. родов.

В больнице работают 3056 сотрудников:

- в том числе 11 докторов и 85 кандидатов медицинских наук;
- 24 сотрудника удостоены высокого звания «Заслуженный врач РФ»;
- 15 сотрудников стали победителями Всероссийского конкурса на звание лучшего врача года в различных номинациях;
- 45 врачей и 4 медицинские сестры награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения»;
- 255 врачей имеют высшую квалификационную категорию;
- 36 врачей являются главными внештатными специалистами области.

На базе больницы функционируют шесть кафедр медицинского института НИУ БелГУ.

В больнице, наряду со специализированной медицинской помощью, оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. К числу приоритетных и быстроразвивающихся направлений следует отнести:

- сердечно-сосудистую хирургию;
- рентгенхирургию;
- колопроктологию;

- хирургию печени и поджелудочной железы;
- травматологию и ортопедию;
- нейрохиргию;
- акушерство и гинекологию;
- неонатологию;
- трансплантологию.

Ежегодно проводится:

- 650 тотальных эндопротезирований крупных суставов;
- 260 операций аортокоронарного шунтирования и 120 протезирования клапанов сердца и аорты;
- 2402 ангиографических исследований, 843 ангиопластик и стентирований сосудов, в т.ч. 440 при остром инфаркте миокарда;
- 80 операций по поводу острой сосудистой неврологической патологии (инсульты, аневризмы сосудов головного мозга);
- 1000 реконструктивных фактоэмульсификаций, 130 лазерных операций;
- 14 трансплантаций органов (печень, почки, сердце);
- более 350 циклов экстракорпорального оплодотворения и свыше 160 циклов искусственной инсеминации.

Характеристика сердечно-сосудистого отделения.

Отделение сердечно-сосудистой хирургии Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа функционирует с 1986 года. Первоначальная мощность — 40 коек. Основатель службы и первый заведующий отделением — заслуженный врач РФ, врач высшей квалификационной категории, к.м.н. Василий Ильич Семенюк. Под его руководством и непосредственном участии в Белгородской области впервые выполнены операции на брюшной аорте и магистральных артериях, отлажено оказание экстренной помощи больным с сосудистой патологией в районах области, обеспечено специализированное лечение больных с осложненными

формами варикозной болезни. С 1995 года отделение расширено до 60 коек. С сентября 2004 г. и по настоящий момент отделение возглавляет врач высшей квалификационной категории, к.м.н. Шевцов Юрий Николаевич.

В настоящий момент врачами отделения выполняется весь спектр операций на венозной и артериальной системах:

- операции прямой реваскуляризации периферических артерий: аорто-бедренное шунтирование и протезирование, бедренно-подколенное шунтирование и протезирование, бедренно-берцовое шунтирование и протезирование, все виды пластик артерий;
- операции непрямой реваскуляризации нижних конечностей: поясничная и грудная симпатэктомия, реваскуляризирующая остеотрепанация нижних конечностей, резекция заднебольшеберцовых вен;
- операции на сонных артериях: каротидная эндартерэктомия, пластика и протезирование сонных артерий;
- операции при аневризмах брюшного отдела аорты: резекция аневризм с протезированием;
- операции при острых и хронических заболеваниях вен: хирургическое удаление варикозно-расширенных вен, косметические операции при варикозе (склеротерапия, минифлебэктомия);
- операции при осложненных формах варикозной и посттромбофлебитической болезни: SEPS — эндоскопическая диссекция несостоятельных перфорантных вен, экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен, реконструктивные операции при посттромботической болезни;
- операции при острых тромбозах глубоких вен: перевязки, тромбэктомии, пликации магистральных вен (в том числе кавапликация, постановка кавафильтров).

В настоящее время среди сотрудников центра два кандидата медицинских наук, четыре врача высшей квалификационной категории. Сотрудники центра активно участвуют в научно-исследовательской работе. Врачами отделения предложены и внедрены методики лечения больных с

посттромбофлебитической болезнью, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с облитерирующими заболеваниями сосудов, способы обработки протезов кровеносных сосудов, малоинвазивные способы лечения варикозной болезни вен нижних конечностей, обеспеченные патентами Российской Федерации. Систематически проводятся семинары с медицинскими работниками области, в ходе которых выработана общая методика ведения больных с тромбозами глубоких вен, тромбоэмболией легочной артерии для всех стационаров области, а также определены цели, группы риска и методы профилактики подобных осложнений при различных инвазивных вмешательствах. Научные работы сотрудников центра сосудистой хирургии публикуются в ведущих медицинских изданиях России. Специалисты отделения регулярно принимают непосредственное участие в работе всероссийских и международных конференциях и съездах.

Отделение не останавливается на достигнутом. Ежегодно увеличивается как количество, так и виды выполняемых операций. На протяжении многих лет специалисты центра оказывают консультативную и лечебно-диагностическую помощь, в том числе и выездную, пациентам городских и районных больниц Белгородской области. Отделение также готово принять больных с сердечно-сосудистой патологией из других регионов России.

2.3. Анализ социологического исследования пациентов в сердечно-сосудистом отделении ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иосафа»

Нами было проведено социологическое исследование, путем анкетирования пациентов в сердечно-сосудистом отделении ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иосафа» (ПРИЛОЖЕНИЕ 1).

В анкетировании учувствовало 50 человек (Рис. 3):

- 30 мужчин;
- 20 женщин.

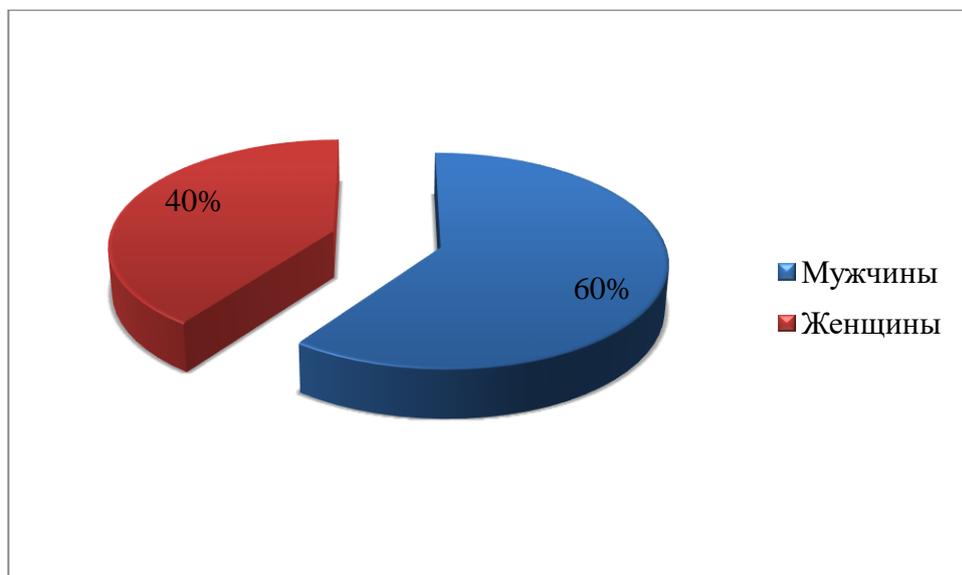


Рис. 3. Пол респондентов

Возраст респондентов:

- от 18 до 30 лет – 5 респондентов;
- от 30 до 50 лет – 15 респондентов;
- от 50 и более – 30 респондентов.

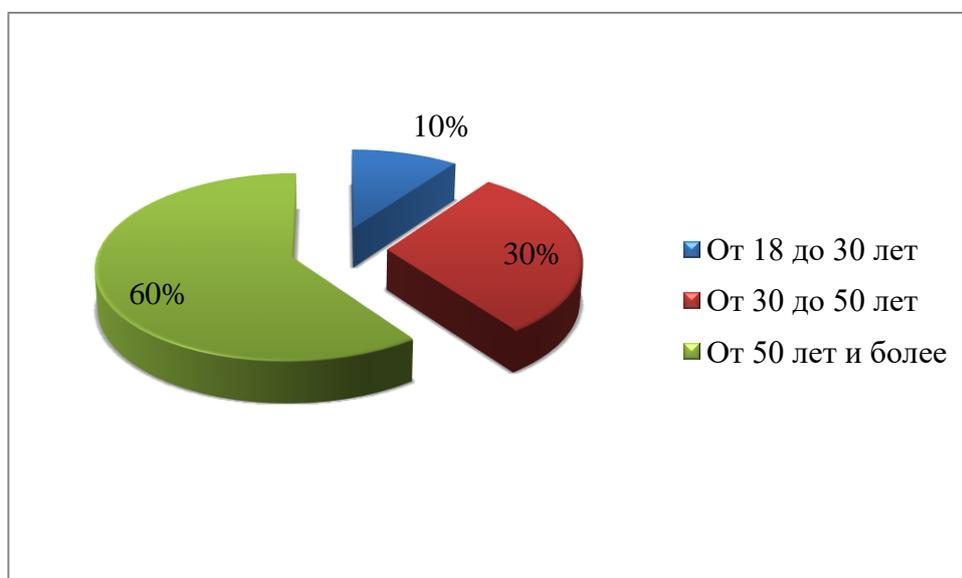


Рис. 4. Возраст респондентов

На вопрос «Ходите ли Вы пешком ежедневно не менее 30 минут в день» ответы распределились следующим образом:

- 20% респондентов совершают пешие прогулки ежедневно в течение 30 минут и более,
- 80% респондентов ответили, что уделяют ходьбе либо меньше получаса в день, либо этот метод оздоровления носит не регулярный характер.

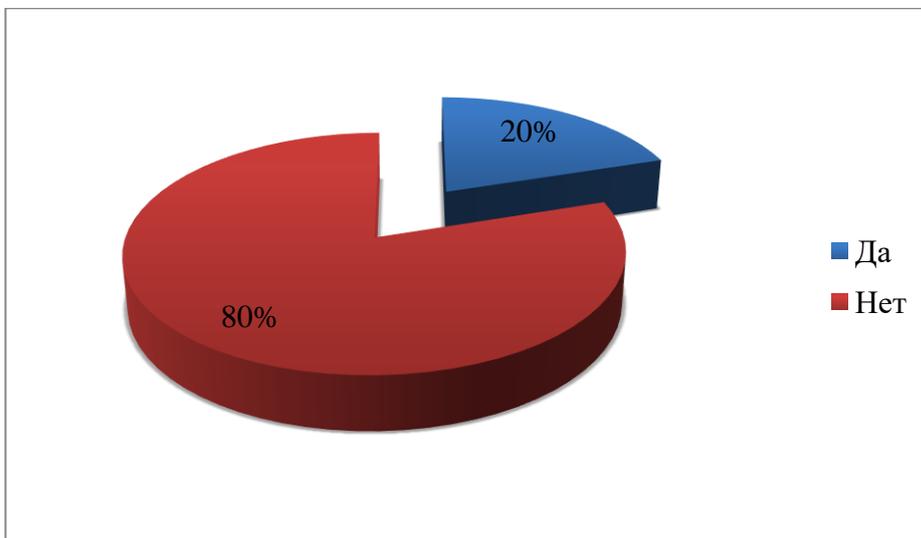


Рис. 5. Ходите ли Вы пешком ежедневно не менее 30 минут в день

Следующим вопросом мы определили наличие никотиновой зависимости среди опрашиваемых:

Можно сделать следующий вывод:

- 40% ответили, что курят;
- 60% ответили, что не курят.

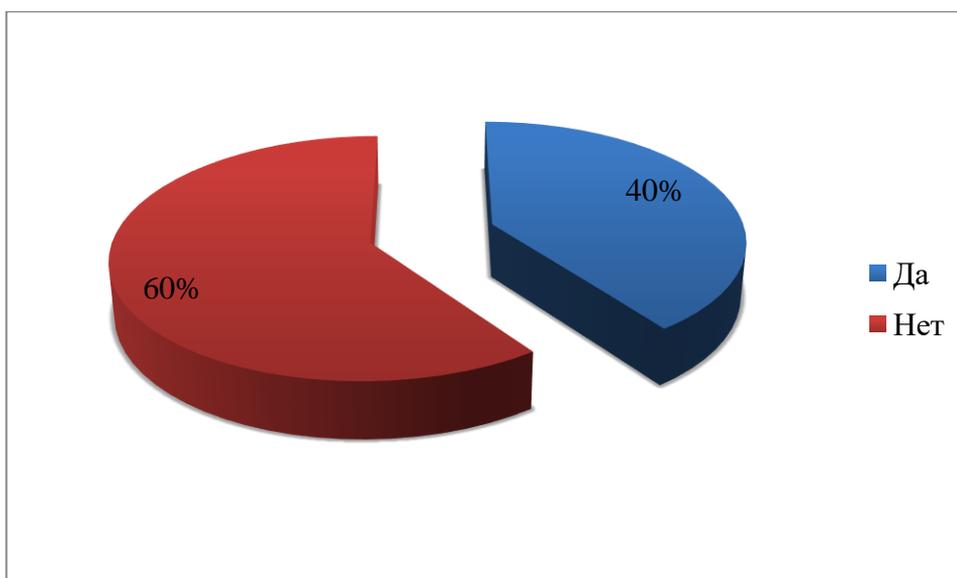


Рис. 6. Вы курите

На вопрос «Вы съедаете ежедневно около 400 – 500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)» были получены следующие результаты:

- 30% респондентов ответили, что съедает ежедневно фрукты и овощи;
- 70% респондентов – ответили, что в рационе питания количество фруктов и овощей не превышает 400 гр.

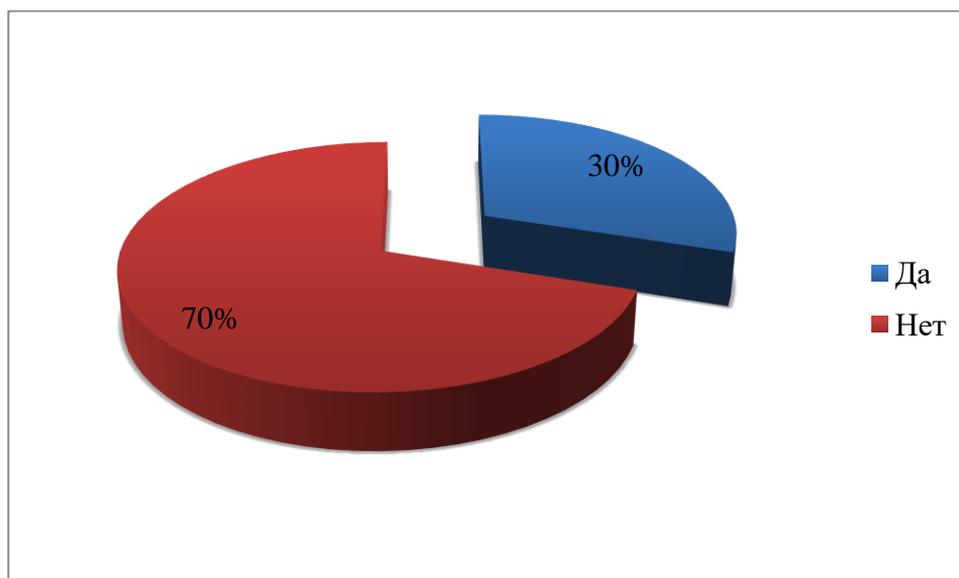


Рис. 7. Вы съедаете ежедневно около 400 – 500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)

На вопрос «У Вас повышенное артериальное давление» ответы распределились следующим образом (Рис. 8):

- 92% респондентов ответили, что отмечается повышение артериального давления;
- 8% ответили, что не наблюдается.

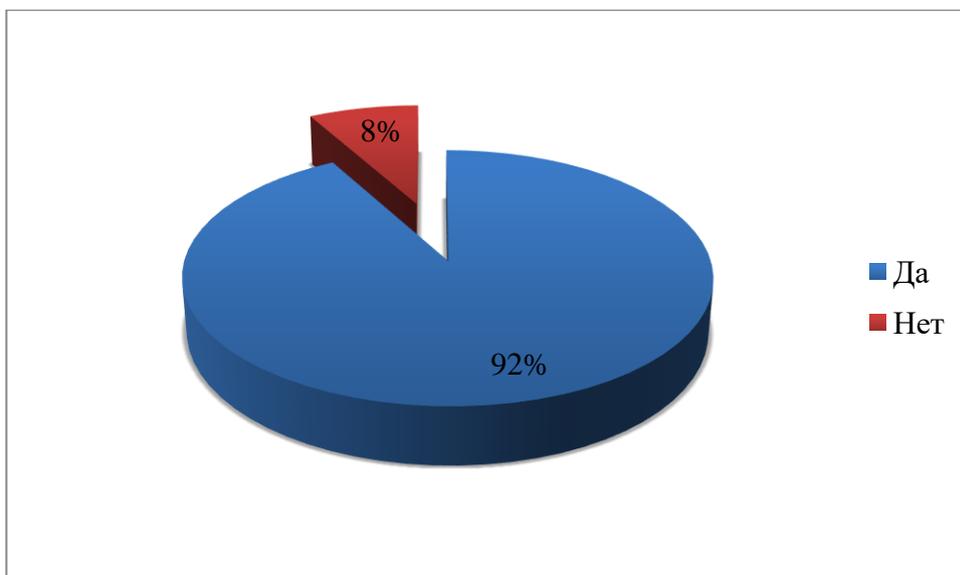


Рис. 8. У Вас повышенное артериальное давление

На вопрос, «Есть ли у Вас в семье родственники с инфарктом миокарда»:

- 26% ответили, что есть родственники с инфарктом миокарда;
- остальные 74% ответили, что нет.

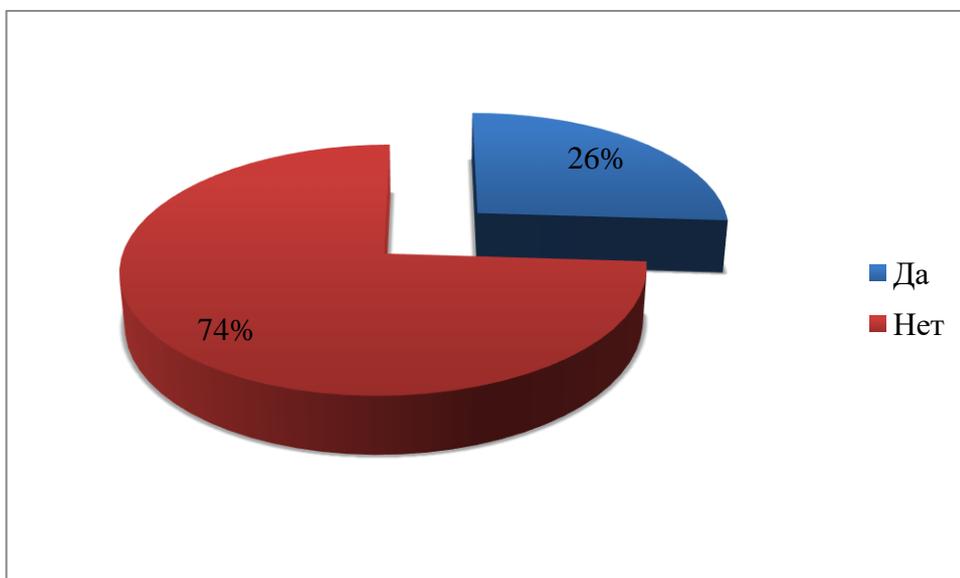


Рис. 9. Есть ли у Вас в семье родственники с инфарктом миокарда

Из вопроса «Испытываете ли Вы частые стрессы, эмоциональные беспокойство, тревогу о Вашем будущем» мы узнали, что:

- 56% респондентов испытывают частые стрессы, эмоциональные беспокойство, тревогу;
- 44% - нечего не беспокоит.

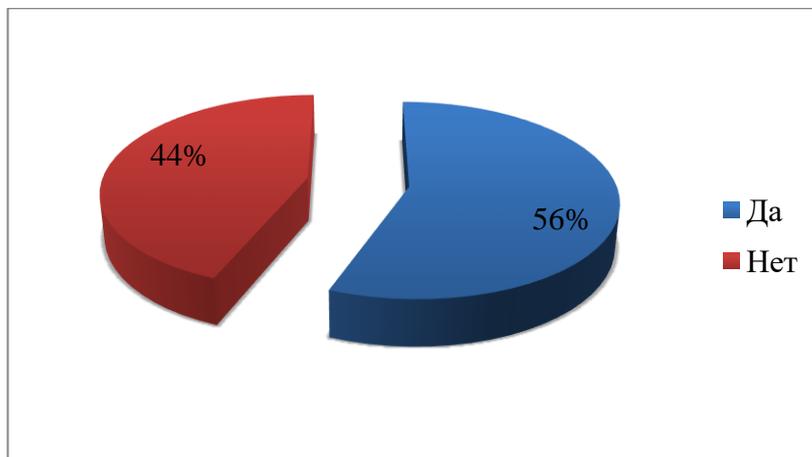


Рис. 10. Испытываете ли Вы частые стрессы, эмоциональные беспокойство, тревогу о Вашем будущем

На вопрос «Отмечали ли Вы дискомфорт или боли, покалывание, давление, сжатие за грудиной или в области сердца» (Рис. 11):

- 72% ответили, что отмечали дискомфорт или боли в теле;
- 28% не отмечают нечего.

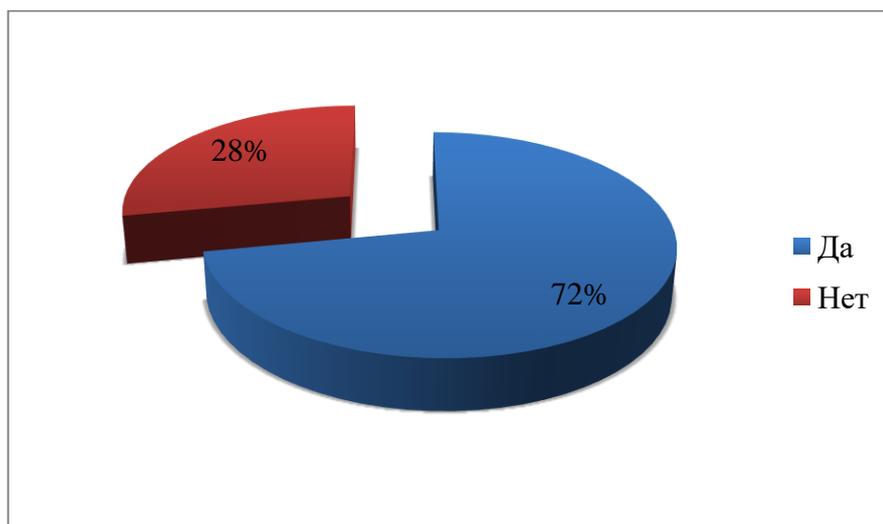


Рис. 11. Отмечали ли Вы дискомфорт или боли, покалывание, давление, сжатие за грудиной или в области сердца

Получив ответы на вопрос «Какой у Вас вес на данный момент»,
выявлено:

- у 8% вес составляет на данный момент от 50 до 65 килограмм;
- у 60% вес составляет от 65 до 80 килограмм;
- остальные 32% имеют избыточный вес от 80 и более килограмм.

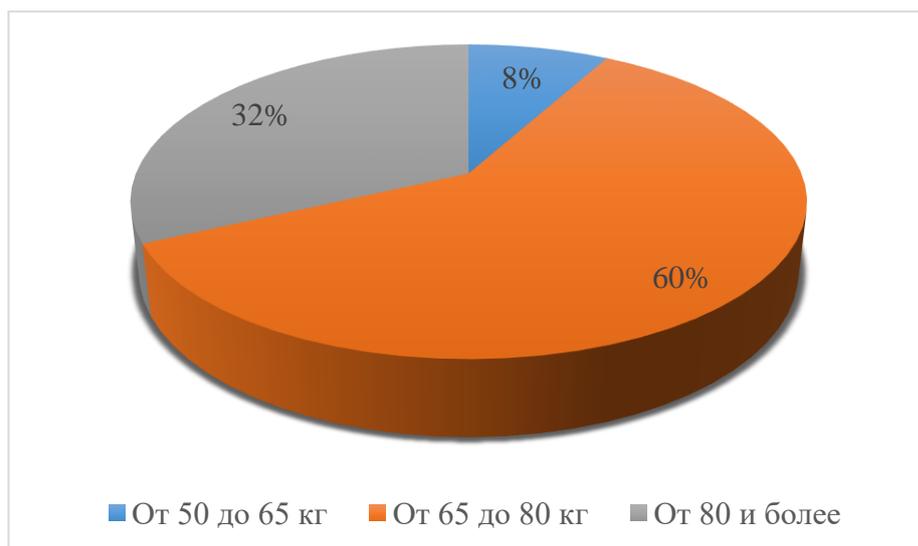


Рис. 12. Какой у Вас вес на данный момент

Следующим вопросом мы выяснили частоту употребления алкоголя:

- 60% ответили, что употребляют алкоголь редко;
- 24% ответили, что употребляют часто;
- остальные 16% не употребляют алкоголь.

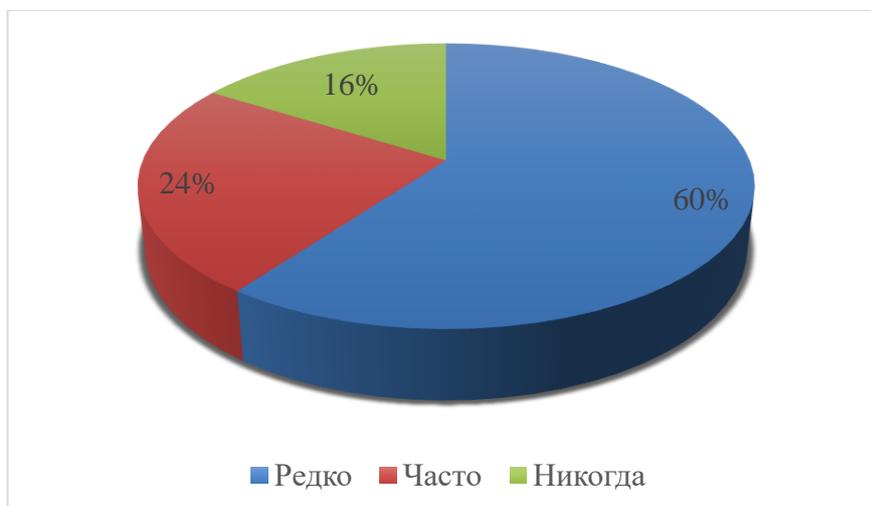


Рис. 13. Употребляете ли Вы алкоголь

Выводы из практической части ВКР

В процессе практической части работы мы пришли к следующим выводам:

1. На территории Российской Федерации с каждым годом увеличивается заболеваемость инфарктом миокарда.

2. Смертность в Российской Федерации уменьшается.

3. На момент анкетирования опрошиваемые чувствовали себя удовлетворительно. Исходя из их состояния, можно дать следующие рекомендации:

- нормализовать питание;
- исключить или уменьшить употребление алкоголя и табачной продукции;
- соблюдать режим физических нагрузок согласно рекомендациям врача;
- санаторно-курортное лечение;
- систематический мониторинг за уровнем давления, холестерина и глюкозы;
- предотвращение предпосылок к хронической усталости и стрессу.

4. Следуя данным рекомендациям, можно снизить не только смертность, но и заболеваемость инфарктом миокарда.

5. Соблюдение данных рекомендаций способствует уменьшению рецидивов, которые могут повлечь за собой развитие возможных осложнений и летальный исход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив литературные источники по сердечно – сосудистым заболеваниям, обработав полученные данные из анализа анкет пациентов, поступивших в кардиологическое отделение ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», можно сделать следующее заключение.

Инфаркт миокарда надо лечить исключительно в стационаре, так как полноценная терапия может осуществляться только в больнице. Уход за больным должен быть профессиональным и тщательным, а также заботливым и успокаивающим. Первые несколько дней после инфаркта человек вынужден соблюдать строгий постельный режим, поэтому сестринский уход за ним включает все меры по уходу за лежачими больными. Для достижения положительных результатов в лечении важная роль в проведении реабилитационных мероприятий отводится медицинским сестрам.

Современные представления об инфаркте позволяют обрести новые средства борьбы с заболеванием. Речь идет о коррекции избыточного веса. Научными исследованиями подтверждено, что значительного улучшения контроля над давлением можно достичь снижением веса всего лишь на 5–10 %. Таким образом, больные, чей вес составляет от 80 до 120 кг, должны сбросить в среднем от 4 до 10 кг. А ведь это вполне реально.

Ещё одним важнейшим условием профилактики инфаркта является отказ от вредных привычек, т. к. по данным нашей анкеты 40% опрошенных имеют такую пагубную привычку, как курение, а 50% - алкоголь. К таким пациентам нужен особый подход, их нужно убедить в том, что нужно следить за своим здоровьем. Инфаркт миокарда одна из основных проблем современной медицины и одно из самых распространенных заболеваний, но при осуществлении должного ухода можно снизить риск развития инфаркта миокарда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вихерг, А.М. Патогенез инфаркта миокарда. Кардиология [Текст] / А.М. Вихерг, Е.И. Чазов. – Москва: Медицина, 2014. – 156 с.
2. Волков, В.С. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / В.С. Волков. - Москва, Медицина, 2018. - 232 с.
3. Гасилин, В.С. Сердечно – сосудистые заболевания [Текст] / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – Москва: Медицина, 2016. – 240 с.
4. Долабчян, З.Л. Инфаркт миокарда и электромеханическая активность сердца [Текст] / З.Л. Долабчян. - Москва: Медицина, 2018. - 216 с.
5. Елисеев, А.Г. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / А.Г. Елисеев, В.И. Шилов. – Москва: Эксмо, 2014. – 864 с.
6. Зрячкин, Н.И. Справочник семейного доктора [Текст] / Н.И. Зрячкин, А.П. Суворов. – Москва: Эксмо, 2016. – 1040 с.
7. Леонтьева, И.В. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда как педиатрические проблемы [Текст] / И.В. Леонтьева. - Москва: Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии, 2016. - 749 с.
8. Люсов, В.А. Инфаркт миокарда [Текст] / В.А. Люсов, Н.А. Волков, И.Г. Гордеев. – Москва, 2016. – 246 с.
9. Райский, В.А. Справочник медицинской сестры по уходу [Текст] / В.А. Райский. – Москва: Медицина, 2015. – 335 с.
10. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда [Текст] / А.Л. Сыркин. – Москва: Наука, 2017. – 264 с.
11. Фадеева, Н.Б. Современная энциклопедия фельдшера [Текст] / Н.Б. Фадеева. – Москва: АСТ, 2017. – 992 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Уважаемый респондент! Предлагаем вашему вниманию анкету. Ее заполнение займет всего несколько минут. При заполнении анкеты, пожалуйста внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопроса и обведите вариант ответа или подчеркните.

Анкетирование полностью анонимное, содержание анкет не разглашается. Заранее благодарим за участие.

1. Укажите Ваш пол:
 - a. мужской;
 - b. женский.
2. Укажите Ваш возраст:
 - a. от 18 до 30 лет;
 - b. от 30 до 50 лет;
 - c. от 50 и более.
3. Ходите ли Вы пешком ежедневно не менее 30 минут в день:
 - a. да;
 - b. нет.
4. Вы курите:
 - a. да;
 - b. нет.
5. Вы съедаете ежедневно около 400 – 500 грамм овощей и фруктов (не включая картофеля):
 - a. да;
 - b. нет.
6. У Вас повышенное давление:
 - a. да;
 - b. нет.
7. Есть ли у Вас в семье родственники с инфарктом миокарда:
 - a. да;

в. нет.

8. Испытываете ли Вы частые стрессы, эмоциональное беспокойство, тревогу о вашем будущем:

а. да;

в. нет.

9. Отмечали ли Вы дискомфорт или боли, покалывание, сжатие за грудиной или в области сердца:

а. да;

в. нет.

10. Какой у Вас вес на данный момент:

а. от 50 до 65 кг;

в. от 65 до 80 кг;

с. от 80 и более кг.

11. Употребляете ли Вы алкоголь:

а. часто;

в. редко;

с. никогда.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ИНФАРКТ МИОКАРДА
ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ
ПРИЧИН СМЕРТИ В ЦЕЛОМ
МИРЕ. ПЕРЕЖИВ ОДИН
ИНФАРКТ ЕСТЬ РИСК
ВЕРОЯТНОСТИ ПОВТОРНОГО
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА
МИОКАРДА. ЭТО МОЖЕТ
ПРИВЕСТИ К ТЯЖЕЛЫМ
ОСЛОЖНЕНИЯМ, В ТОМ
ЧИСЛЕ И К СМЕРТИ. НО ВСЕ
МОЖНО ИЗБЕЖАТЬ, ЕСЛИ
СОБЛЮДАТЬ
РЕКОМЕНДАЦИИ ДАННЫЕ
ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ.**

Белгород, ул. Попова, 26/25
**МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
(НИУ «БелГУ»)**

1. Соответствующий рацион питания:

В суточный с высоким содержанием белка и витаминов могут быть мясо (курица, говядина, свинина), рыба и морепродукты, овощи (чечевица, брокколи, шпинат и брюссельская капуста) и фрукты (гранат, лайм, ананас и банан). Также в рацион можно включить гречневую и манную каши, сваренные как на воде, так и на молоке.

Важно соблюдать диету при инфаркте миокарда стол № 10.



2. Обильный питьевой режим:

Взрослый человек должен употребить за сутки от 3 до 3,5 л жидкости. Это может быть щелочная минеральная вода и горячее молоко с боржомом в соотношении 1:1.



3. Физические упражнения

Человек должен активно двигаться и выполнять легкие физические нагрузки. Для этого разработана специальная программа лечебной физкультуры. Лучше всего проходить курс ЛФК под наблюдением специалиста.



4.Необходима коррекция образа жизни с целью устранения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В первую очередь это касается курения и алкоголя.