ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**«Тульский областной медицинский колледж»**

 **Исследовательская работа**

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ**

**ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

 Выполнила:

 Студентка группы л.д. А11 IV У

 Головкина Кристина Сергеевна

 Научный руководитель:

 Санин Сергей Васильевич

 Узловая 2017 г.

 Содержание

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc484117923)

[Актуальность исследования 3](#_Toc484117924)

[ГЛАВА1.ИНФАРКТ МИОКАРДА 7](#_Toc484117925)

[1.1Определение инфаркта миокарда 7](#_Toc484117926)

[1.2Факторы риска 7](#_Toc484117927)

[1.3 Этиология и патогенез, патологическая анатомия 8](#_Toc484117928)

[1.4 Клинические симптомы, течение , предвестники инфаркта миокарда 9](#_Toc484117929)

[1.5 Осложнения инфаркта миокарда 10](#_Toc484117930)

[ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА 11](#_Toc484117931)

[2.1 Лечение 12](#_Toc484117932)

[2.2 Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда 15](#_Toc484117933)

[2.3 Консультация пациентов перенесших инфаркт миокарда 18](#_Toc484117934)

[2.4 Профилактика 20](#_Toc484117935)

[ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ 21](#_Toc484117936)

[3.1 Анкетирование 21](#_Toc484117937)

[3.2 Статистика 29](#_Toc484117938)

[ВЫВОДЫ 32](#_Toc484117939)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33](#_Toc484117941)

[ПРИЛОЖЕНИЯ 36](#_Toc484117942)

#  ВВЕДЕНИЕ

#  Актуальность исследования

 Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - одно из основных заболеваний человека, значительно ухудшающее качество жизни и приводящее к летальному исходу. Статистические исследования свидетельствуют о том, что более 50% населения в возрасте от 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В России ежегодно фиксируется около 700 тыс. смертей, вызванных различными формами ИБС.Так в 2015 году только в Тульской области от ИБС умерло 6199 чел. Инфаркт миокарда в этой структуре составил 647 чел. или 10,4% от всех форм ИБС. Смертность соответственно от ИМ - 42,9 на 100 тыс. населения. В Богородицком районе в 2015 году от всех форм ИБС умерло 148 чел., от инфаркта миокарда 16 чел.. Смертность составила 31,2 на 100 тыс. населения, что несколько ниже чем по области.

 Инфаркт миокарда (ИМ) — заболевание, которое может закончиться выздоровлением пациента без вмешательства врачей, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все их усилия. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, судьба которых зависит от своевременного медицинского вмешательства и использования современных методов лечения.

 Самой опасной является ранняя фаза заболевания — первые часы, когда высок риск остановки сердца. Своевременная и адекватная медицинская помощь при ОИМ заключается в максимально раннем проведении процедуры тромболизиса, оптимально в течение первого часа от возникновения симптомов. Госпитализация пациента должна осуществляться в специализированные отделения, обладающие возможностью проведения ангиопластики и стентирования коронарных артерий. Чем раньше будет восстановлен кровоток в сосуде, тем больше шансов на благоприятный исход. Между тем, если симптомы заболевания незначительны или нетипичны, может пройти несколько часов, пока пациент обратится за медицинской помощью.Около 40% повторных инфарктов миокарда происходят в течение последующих 2–5 лет. При этом повторный инфаркт миокарда значительно более опасен: если в течение пяти лет после впервые перенесенного инфаркта миокарда произойдет рецидив, риск смертельного исхода увеличивается в два раза.

Примерно каждый пятый больной погибает в течение 5 лет с момента инфаркта или эпизода нестабильной стенокардии.

**Цели исследования**:

* изучить понятие «постинфарктное состояние», рассмотреть причины возникновения инфаркта миокарда, а также определить основную методику консультирования пациентов, перенесших инфаркт миокарда.
* Разработка рекомендаций по профилактике инфаркта миокарда и по снижению риска возникновения повторного инфаркта миокарда.

**Задачи:**

* Изучить этиологию и факторы риска развития инфаркта миокарда
* Изучить клиническую картину и особенности диагностики и инфаркта миокарда.
* Изучить принципы оказания первичной медицинской помощи при инфаркте миокарда
* Изучить принципы лечения, реабилитации и профилактики данного заболевания.

**Объект исследования**: пациенты, перенесшие инфаркт миокарда.

**Предмет исследования**: деятельность медицинской сестры.

**Место проведения**: ГУЗ «Богородицкая ЦРБ».

**Методы исследования:**

* Изучение литературы
* Беседа
* Анкетирование
* Анализ
* Сравнение

**Гипотеза:** Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах.

 СПИСОК СОРКРАЩЕНИЙ

ИМ-инфаркт миокарда

ИБС-ишемическая болезнь сердца

АГ-артериальная гипертензия

АД - артериальное давление

ОКС- острый коронарный синдром

ХСН-холестирин

ЛПНП-Липопротеины низкой плотности

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

ЧДД - частота дыхательных движений

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ - электрокардио (грамма) графия

ЛФК- лечебная физическая культура

## ГЛАВА1. ИНФАРКТ МИОКАРДА

##  1.1. Определение инфаркта миокарда

 Инфаркт миокарда (ИМ) — одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда,

обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

|  |
| --- |
|  |

 ИМ чаще всего обусловлен тромбозом коронарной артерии. Риск смерти особенно велик в первые 2 часа от его начала и значительно снижается, когда пациент поступает в специализированные отделения, где ему проводят лечение, направленное на растворение тромба, называемое тромболизисом или коронарную ангиопластику.

 Выделяют инфаркт миокарда с подъемом и без подъема сегмента ST. Это важно различать, так как в первом случае при отсутствии противопоказаний необходимо проводить тромболитическую терапию. По клиническо-морфологической характеристике различают крупноочаговый и мелкоочаговый ИМ с указанием зоны поражения (передняя, боковая, нижняя стенки левого желудочка, межжелудочковая перегородка, верхушка сердца и так далее).

 В зависимости от распространённости некроза по толщине стенки выделяют трансмуральный (поражение распространяется на всю толщину миокарда и прилежащие эндокард и перикард), интрамуральный (некроз развивается внутристеночно, не распространяясь на эпикард и эндокард), субэпикардиальный (некроз в слое миокарда, прилежащем к висцеральному листку перикарда) и субэндокардиальный (некроз в слое миокарда, прилежащем к эндокарду) инфаркт миокарда.

## 1.2. Факторы риска

 Из факторов риска развития инфаркта миокарда наиболее значимыми являются:

* гипертоническая болезнь;
* сахарный диабет
* гиперхолестеринемия
* ожирение
* гиподинамия
* курение
* пол (мужчины чаще, чем женщины)
* наследственность

## 1.3. Этиология и патогенез, патологическая анатомия

 Инфаркт миокарда может рассматриваться как осложнение различных заболеваний, сопровождающихся острой коронарной недостаточностью. Наиболее часто ИМ развивается у больных с атеросклерозом коронарных артерий. Некроз участка сердечной мышцы при инфаркте миокарда всегда обусловлен ишемией из-за прекращения кровотока по артерии, снабжающей кровью данный участок. В большинстве случаев патогенез закупорки артерии совпадает с патогенезом тромбоза сосуда на изъязвленной поверхности фиброзной атеросклеротической бляшки. В ряде случаев ИМ развивается после чрезвычайного физического или психоэмоционального напряжения. **ИМ в**сегда сопровождается нарушением насосной функции сердца. Если некроз миокарда достаточно обширный, он может стать причиной острой левожелудочковой сердечной недостаточности, кардиогенного шока и смерти через несколько минут или часов после прекращения кровотока по коронарной артерии. Чаще внезапная смерть в острой стадии заболевания наступает от фибрилляции желудочков. В подавляющем большинстве случаев некроз мышцы обнаруживается в левом желудочке сердца. Если смерть больного наступила через несколько часов или суток после прекращения кровотока по коронарной артерии, то в миокарде отчетливо выявляется зона ишемического некроза с неправильными очертаниями и кровоизлияниями. Из-за непрочности некротизированной сердечной мышцы в зоне инфаркта возможен ее разрыв; в таких случаях обнаруживается массивное кровоизлияние в полость перикарда или прободение (перфорация) межжелудочковой перегородки.

## 1.4. Клинические симптомы, течение , предвестники инфаркта миокарда

* постоянное повышенное артериальное давление
* отеки вечернее время на ногах
* холодный обильный пот на лице
* головокружение и обморочное состояние
* тошнота иногда рвота
* боль в грудной области иррадиирущая в левую рук, ногу, плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть, иногда боли в спине и животе (которые купируются сначала валидолом, и нитроглицерином.

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

 При объективном обследовании выявляется бледность кожных покровов с холодным обильным липким потом на лице, цианоз губ, отдышка при малой физической нагрузки или покоя. При аускультации ослабление 1 или 2 тона, слабый систолический шум, сердцебиение.

**Атипичные формы:**

1. абдоминальная форма. протекает по типу патологии ЖКТ с болями в животе, с тошнотой, рвотой.
2. **астматическая форма: начинается с сердечной астмы.** Она встречается чаще у пожилых людей с кардиосклерозом или при повторном инфаркте, или при очень обширных инфарктах
3. аритмическая форма главным признаком, которой является пароксизмальная тахикардия, болевой синдром может отсутствовать.
4. **Цереброваскулярная -** сопровождается в виде обморока или инсульта

## ****1.5. Осложнения инфаркта миокарда****

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

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

 Разрыв некротизированной межжелудочковой перегородки вызывает тяжелую легочную гипертензию и правожелудочковую недостаточность. Он характеризуется внезапным возникновением поперечного систолического или систолодиастолического шума справа и слева от грудины, напоминающего шум при врожденном дефекте межжелудочковой перегородки. Нарушение ритма и проводимости сердца. При инфаркте миокарда оно крайне разнообразно. Чаще всего наблюдается желудочковая экстрасистолия различной тяжести, которая может переходить в желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков. Реже регистрируются предсердные нарушения ритма: экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия.

 Нередким осложнением обширного инфаркта миокарда, особенно локализующегося в передней стенке левого желудочка, является аневризма сердца, развитие которой способствует возникновению аритмий и сердечной не достаточности. Если же в полостях сердца развиваются пристеночные тромбы, фрагменты их могут оторваться и стать причиной эмболии артерий, снабжающих кровью внутренние органы головной мозг, почки, селезенку и др. и конечности. Среди поздних осложнений инфаркта миокарда нередко наблюдается тромбоэмболия легочных артерий в связи с флеботромбозом вен нижних конечностей и тазовых органов, к развитию которого предрасполагают пожилой возраст больных и чрезмерно длительное неподвижное пребывание в постели. К поздним осложнениям инфаркта миокарда относятся также различные аритмии сердца, сердечная недостаточность, аутоиммунный постинфарктный синдром.

#  ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

 Диагноз ИМ устанавливается на основании повышения и последующего снижения уровня биомаркеров сердца (тропонины), а также клиники, ЭКГ, эхокардиографии.При наличии дискомфорта в груди более 30 минут без эффекта от нитроглицерина и отсутствии типичных признаков ИМ на ЭКГ устанавливают диагноз «острый коронарный синдром»(ОКС). Использование термина ОКС правомерно при первом контакте с больным, пока диагноз не уточнен. При описании состояния важно указать точное время начала дискомфорта для выбора оптимальной тактики ведения. В трети случаев регистрируются атипичная или даже бессимптомная клиника ИМ. Особенно часто нетипичные проявления ИМ встречаются у пожилых, при сахарном диабете или других тяжелых заболеваниях. Атипичная клиника может проявляться по-разному:

* дискомфорт в эпигастрии, шее, челюсти, руках, между лопаток,
* одышка,
* общая слабость,
* обморок,
* острое нарушение мозгового кровообращения,
* тошнота.

Следует учитывать, что причин дискомфорта в груди достаточно много: миофасциальные боли, заболевания пищевода, психические расстройства и т.д. Вероятность ишемической природы симптома значительно повышается у пациентов более 50 лет с имеющейся ИБС, другими сосудистыми поражениями (перемежающаяся хромота, ишемический инсульт),гипертензией, гиперхолестеринемией, курением, сахарным диабетом, ожирением, семейным анамнезом ранней ИБС. ЭКГ необходимо зарегистрировать для выбора правильной тактики лечения и оценки прогноза заболевания. На основании изменений на ЭКГ уточняют форму ОКС/ИМ: с подъемом ST или без подъема ST.

 Наиболее важным в диагностике является клиническая картина. Необходимо указать точное время начала боли. Измерить АД и ЧСС. Определиться с наличием осложнений (отек легкого, шок, аритмии).

## 2.1. Лечение

 Цель лечения – устранить боль и факторы перегрузки миокарда (ЧСС до 50–60 в мин; АД до нормы; устранить признаки застоя в легких), а также снизить риски смерти и осложнений. Современная тактика лечения ИМ предусматривает быстрейшую доставку пациента в блок интенсивной терапии специализированного лечебного учреждения. Необходимо широкое распространение информации среди населения о тактике поведения при первых симптомах ОКС и скорейшем вызове скорой медицинской помощи. Диспетчеры, принимающие телефонные вызовы, должны проинструктировать пациента по доврачебным мероприятиям в случаях боли в грудной клетке и определить бригаду скорой помощи, способную оказать наиболее быструю и эффективную помощь, включая догоспитальный тромболизис. Важной задачей службы скорой медицинской помощи следует считать сокращение времени госпитализации с 65 мин до оптимальных 30 мин с момента первого контакта с медицинским работником. В этот момент желательно уменьшить, временя обследования, которое составляет 36–40 мин.

 Первоочередные мероприятия при появлении ишемического дискомфорта в груди включают неотложный прием одной дозы нитроглицерина (сублингвально таблетка или спрей), а при отсутствии эффекта от одной дозы в течение 5 мин – вызов бригады скорой помощи. Крайне важно популяризировать у всех пациентов с ИБС данную тактику. При отсутствии артериальной гипотензии можно повторить прием нитроглицерина до 3 раз с интервалом 5–10 мин. Кроме того, необходимо разжевать аспирин 150–325 мг без кишечнорастворимой оболочки, которая может замедлить действие препарата. Показано, что такие дозы аспирина эффективны, и достоверно реже вызывают кровотечения. Клопидогрел вначале назначают в нагрузочной дозе, обычно 300 мг. Бригада скорой помощи обезболивает морфином (2–8 мг внутривенно медленно, при необходимости по 2 мг повторно через 5–15 мин) и доставляет в госпиталь, имеющий блок интенсивной терапии и реанимации. Нежелательно применять нестероидные противовоспалительные препараты ввиду возможного протромботического эффекта. Догоспитальный тромболизис по данным исследований повышает выживаемость по сравнению с госпитальным тромболизисом.

 Важную роль на госпитальном этапе играет диетотерапия**,** основные требования к диетотерапии при инфаркте миокарда - диета №10:

* ограничение животных жиров;
* ограничение холестеринсодержащих продуктов;
* ограничение поваренной соли;
* ограничение потребления воды;
* прием пищи 5-6 раз в сутки;
* прием пищи в отварном и запеченном виде.

 Рекомендуется:

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

 Исключаются:

Жирные блюда из мяса и рыбы, сдобное тесто, мозги, печень, почки, икра, тугоплавкие жиры, мороженое, соленые закуски и консервы, алкоголь, какао, шоколад, бобы.

 Диета № 10 для больных, перенесших инфаркт миокарда, состоит из трех последовательно назначаемых рационов.

I рацион - дают в остром периоде (1 -я неделя).

II рацион - в подостром периоде (2--3-я недели).

III рацион - в периоде рубцевания (4-я неделя). I рацион включает протертые блюда; II- в основном измельченные; III- измельченные и куском. Пищу готовят без соли, в отварном виде. Исключаются холодные (ниже 15 °С) блюда и напитки.

 Рекомендации медицинской сестре в общении с пациентом:

* поддерживать и поощрять стремление пациента к выздоровлению в сложившейся клинической ситуации;
* быть терпеливой и корректной при выполнении интимных процедур;
* принимать во внимание уровень личностной зрелости пациента;
* разговаривать на понятном ему языке;
* соблюдать принцип информированного согласия: объяснять значимость лечебной процедуры, нацелить на позитивные результаты;
* помочь пациенту стать деятельным участником лечебного процесса.

 Большое значение в лечении пациентов с острым ИМ имеет правильный уход, так как пациент достаточно долгое время соблюдает постельный режим. Для предупреждения пролежней следует осуществлять уход за кожей пациента, менять нательное и постельное бельё (для смены белья пациента осторожно поворачивают в постели). Необходим контроль за актом дефекации (мочеиспусканием). Пациента кормят в постели. Во время процедур пациент не должен делать резких движений, напрягаться.

## 2.2. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда

 Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда - это сложный процесс, включает в себя комплекс скоординировано проведенных мер медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера, направленных на наиболее полное восстановление здоровья, психологического статуса и трудоспособности лиц потерявших их в результате заболевания. Цель санаторной фазы реабилитации заключается в восстановлении физического и психологического состояния больного настолько, чтобы он был подготовлен к проведению реабилитации в домашних условиях при наличии противопоказаний. Физическая реабилитация больных инфарктом миокарда является весомой составляющей частью программы реабилитации на санаторном этапе.

 Задачей санаторно-курортного этапа реабилитации является расширение двигательной активности, которого достигают с помощью правильного построения двигательного режима, с учетом функционального состояния больного. Все мероприятия на санаторном этапе проводят больным дифференцировано в зависимости от состояния, особенностей клинического течения болезни, наличия сопутствующих заболеваний и патологических синдромов. В связи с этим очень важна классификация тяжести состояния больных, которые начинают санаторный этап реабилитации. В 1982 г. разработана клиническая классификация больных ИМ на санаторном этапе реабилитации. Различают 4 класса тяжести состояния больных ИМ в фазе выздоровления. Больных IV класса противопоказано направлять для долечивания в местные санатории. Однако выделение этого класса тяжести является обоснованным из-за того, что у некоторых больных, которым показана санаторная реабилитация, может ухудшиться состояние, а это требует или повторной госпитализации или назначения ограниченного режима двигательной активности. Больным, зачисленным в первые три класса тяжести, показан санаторный этап реабилитации.Эта классификация существенно отличается от классификации тяжести состояния больных ИМ в остром периоде болезни и предназначена только для санаторного этапа реабилитации. Классификация чисто клиническая, целиком основана на учете клинических критериев, характеризующих состояние больного, однако применение дополнительных методов исследования, уточняют степень коронарной и сердечной недостаточности, нарушения сердечного ритма, переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок, не только не противоречит идее классификации, а наоборот, может существенно дополнить ее и конкретизировать. Классификация учитывает у каждого больного клиническую выраженность проявлений хронической коронарной недостаточности, наличие осложнений и основных сопроводительных болезней и синдромов и, наконец, характер поражения миокарда.

 При оценке синдрома коронарной недостаточности различают 4 степени ее выраженности (латентная, I, II, III). Реабилитация осуществляется достаточно успешно и более быстрыми темпами при латентной и I степени коронарной недостаточности. Расширение режима и назначения физических нагрузок при II степени следует проводить на фоне коронароактивной терапии и с большей осторожностью. Такие больные нуждаются проведении электрокардиографического контроля, им необходимо часто регистрировать ЭКГ. При коронарной недостаточности III степени санаторная реабилитация больных невозможна. Этим больным требуется пролонгированное лечение в стационаре. Для полной характеристики больных важно учитывать в них осложнения, сопутствующие заболевания и синдромы, влияющие на выбор режима двигательной активности.

 На санаторном этапе различают три периода реабилитации. Первый период равен 2-3 дня. Это период адаптации больного к обстановке, санаторного режима, микроклимата. Двигательный режим расширяется по сравнению с предыдущим в стационаре и в поликлинике за счет более длительного пребывания больного на свежем воздухе, посещение столовой и т.д. Лечебная гимнастика содержит комплекс физических упражнений, усвоенных в стационаре, ходьбу до 1000 м, подъем по лестнице (24 ступени).Второй период равен 15-20 дням при условии сохранения хорошего самочувствия в первом периоде.

 Постепенно физические нагрузки усиливают. Расстояние ходьбы увеличивают на 500 м (около 2 км), увеличивают также подъем по лестнице - добавляют 1 пролет в неделю. Лечебная гимнастика включает упражнения, укрепляющие мышцы ног, верхних конечностей плечевого пояса. Комплекс начинается с упражнений в положении сидя, затем больной выполняет упражнения стоя, держась за спинку стула, на завершающем этапе гимнастика содержит дыхательные упражнения и элементы автогенной тренировки. Далее комплекс лечебной гимнастики усложняется. Такой темп активизации показан больным первой группы. Активизация больных второй и третьей групп с малой толерантностью к физическим нагрузкам протекает вдвое медленнее. Время выполнения лечебной гимнастики не более 20 мин в целом, тренировочная ходьба составляет 300-500 м в темпе до 70 шагов в минуту. Максимальная ЧСС не должна превышать 90 -100 уд./Мин. Больным 2-3 - й групп рекомендованные настольные игры (шахматы, шашки и др.). И прогулки на свежем воздухе со скоростью 3-4 км / час. На санаторном этапе реабилитации ходьбе уделяют особое внимание, так как при этом виде активности происходит системная адаптация организма к физическим нагрузкам - улучшается кровоснабжение органов и систем за счет активации дыхательной системы, улучшаются показатели работы сердечной мышцы, укрепляется скелетная мускулатура.

 Третий период санаторной реабилитации составляет 2-3 дня и направлен на закрепление у больного различных видов двигательной активности, приобретенных за время пребывания в санатории. Наращивают нагрузки путем увеличения дистанций и скорости дозированной ходьбы, количества ступеней на лестнице, усвоения новых комплексов лечебной гимнастики. Осуществляются заключительные обследования больного, даются рекомендации по двигательной активности. В течение 2-3 дней после выписки больному рекомендуют придерживаться двигательного режима, достигнутого в санатории. На санаторном этапе реабилитации больных ИМ различают три двигательных режима:

* Щадящий (V степень двигательной активности )
* Щадяще- тренировочный (VI степень двигательной активности )
* Тренировочный (VII степень двигательной активности).

Реабилитация на санаторном этапе начинается с IV степени, то есть с того, каким заканчивалось стационарное лечение. Продолжительность пребывания на IV степени активности колеблется от 1 до 7 дней и определяется индивидуальными особенностями течения заболевания, адаптацией больного к новым условиям. В течение первых дней пребывания больного в санатории кардиолог и методист по ЛФК знакомятся с его реакцией на будущую программу реабилитации. Затем, с учетом индивидуальной реакции, больных переводят на V степень активности (10-12 дней), а если больные успешно усвоили данную степень и хорошо переносят нагрузки, они переходят на VI степень (7-8 дней ) и далее - на VII ступень.

 Основной формой физической реабилитации в условиях санатория является лечебная гимнастика, которую проводят групповым методом, и дозированная ходьба. В начале первых дней, пребывания больного в санатории, занятия лечебной гимнастикой должны быть непродолжительны и равны 20 мин. Это связано с увеличением объема нагрузок, эмоциональным перенапряжением организма, связанным с привыканием к новым условиям. По мере адаптации больного к санаторным условиям продолжительность занятия постепенно увеличивают до З0 мин, а в конце курса лечения - до 40 мин. По сравнению со стационарной фазой методика занятий меняется. Сначала исходными положениями являются положения сидя и стоя, затем - стоя и в движении. Постепенно увеличивается нагрузка на крупные мышечные группы, усложняются упражнения на координацию, вводятся элементы для развития гибкости, выносливости и других двигательных качеств. Эти моменты влияют на результат лечебного воздействия занятий лечебной гимнастикой и реабилитации в целом.

## 2.3. Консультация пациентов перенесших инфаркт миокарда

* Соблюдение диеты.В первую очередь, необходимо отказаться от жирных и жареных продуктов с высоким содержанием холестерина. В пищу стоит употреблять рыбу и мясо птицы, причем варенную либо приготовленную в пароварке. В рацион следует добавить больше фруктов и овощей, а также отказаться от жирных молочных продуктов. Крайне не рекомендуется перетруждать желудок большими объемами пищи, либо наоборот — ее отсутствием.
* Уменьшение потребления соли.
* Снизить потребление жидкости. Рекомендуемая норма — 1 литр в день.
* Минимизировать употребление алкоголя.По этому поводу необходимо проконсультироваться с врачом и не превышать допустимую дозу.
* Соблюдать режим дня. Необходимо давать организму достаточное время для отдыха, желательно выделять время и на дневной отдых или сон.
* Привести в норму вес. При избыточной массе тела, необходимо как можно скорее от нее избавиться, поскольку лишний вес дает большие нагрузки на сердце.
* Привести в порядок эмоциональное состояние.Необходимо научиться правильно, расслабляться и избавиться от страха повторного приступа или смерти. В этом могут помочь техники йоги и медитации.
* Физические нагрузки.

 После стационарного этапа реабилитационные мероприятия проводятся в поликлинике или кардиологическом санатории. Согласно современному порядку восстановительное лечение должно осуществлятся в отделении кардиореабилитации поликлиники или в реабилитационном стационаре. Рекомендации по активизации пациентов в период после выписки из стационара более адекватными при учете результатов нагрузочного теста. Минимальной целью является аэробная нагрузка умеренной интенсивности (например: ходьба в умеренном темпе по ровной местности) в течении 30-40 минут (суммарно в течение дня) не менее 5 дней в неделю в сочетании с увеличением повседневной нагрузки. Тренирующие нагрузки не должны сопровождаться повышением ЧСС более 50-60% от максимальной (без препаратов с отрицательным хронотропным действием). Сексуальная активность разрешается при разумной возможности выполнять без ишемии миокарда нагрузку с повышением ЧСС до 120-130 в мин, АД-до 170 мм рт.ст.(примерно соответствует подъему на 2 этаж за 10 секунд).

 После ИМ значительно возрастает риск смерти, который составляет в первый год около 10 %, а в последующем - около 5 % ежегодно. Для повышения выживаемости рекомендуют мероприятия вторичной профилактики, проводимые пожизненно. Цель лечения - минимизация симптомов, контроль за нагрузками на миокард (ЧСС, АД) и факторами риска, реабилитация.

 Лечение аспирином назначают всем пациентам неопределенно долго в дозе 75–100 мг/сут. После ИМ второй дезагрегант (клопидогрел) рекомендуют принимать до 1 года. В случаях высокого риска кровотечений длительность лечения двумя дезагрегантами может быть уменьшена. В исследовании пациентов с ОКСбпST достоверный эффект комбинации с клопидогрелем был отмечен в первые 3 месяца. При комбинированной противотромботической терапии, особенно у пациентов с другими факторами риска гастроинтестинальных кровотечений, целесообразно дополнительно назначить ингибиторы протонной помпы (например, 20 мг пантопразола или омепразола). После прекращения приема тикагрелора (клопидогрела) продолжается лечение аспирином.

 Прием бета-блокаторов рекомендуют продолжать по крайней мере до 3 лет после ИМ при нормальной функции левого желудочка. Важное значение имеют достижение и поддержание целевого уровня ХСН ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л. Пациентам с ИМпST рекомендуется интенсивная терапия статинами (розувастатин 20–40 мг, аторвастатин 40–80 мг). Препарат омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (1 г/сут) не снизил риск сердечно-сосудистых событий в течение года после ИМ.

 У пациентов с диабетом следует стремиться к эффективному контролю гликемии (HbA1c 6,5–7,0 %). Популярная комбинация инсулина с метформином (меньше увеличение массы тела, ниже доза инсулина, реже гипергликемия) ограничивается наличием ХСН.В случае необходимости использования противовоспалительных препаратов предпочтение следует отдать напроксену ввиду большей безопасности при тромботических состояниях. Для скорейшего восстановления организма после инфаркта миокарда, необходимы занятия лечебной физкультурой и умеренные физические нагрузки. (В случае проведения стентирования — лечебной физкультуре отводится самая главная роль в процессе восстановления организма).

 Отказ от курения играет огромную роль в восстановлении больных. Именно сигареты могут стать причиной повторного инфаркта миокарда.

 По поводу всех этих пунктов, необходима профессиональная консультация врачей, поскольку схема реабилитации во многом зависит от осложнений, возраста и общего состояния пациента.

## 2.4. Профилактика

 Профилактика инфаркта миокарда складывается из системы мероприятий, направленных на предупреждение атеросклероза и исключение, по возможности, факторов риска развития инфаркта миокарда. Первичная профилактика основывается на широкой пропаганде медицинских рекомендаций по предупреждению ишемической болезни сердца, прохождению диспансеризации 1 раз в 3 года. Первоочередное внимание уделяется устранению таких факторов риска, как артериальная гипертензия, гиперлипидемия (гиперхолестеринемия), курение табака, ожирение, малая физических активность. Лицам с ишемической болезнью сердца проводится, кроме того, активное лечение, направленное на предупреждение приступов стенокардии и на развитие коллатералей в сосудах миокарда. Лица с артериальной гипертензией подлежат диспансерному учёту и наблюдению. В зависимости от природы гипертензии, проводится патогенетическая терапия, обеспечивающая нормальный или близкий к нормальному (достижимый для данного больного) уровень артериального давления и исключающая возможность гипертонических кризов. Больным гипертонической болезнью с этой целью назначаются гипотензивные лекарственные средства в комбинациях, диктуемых стадией болезни и индивидуальностью больного. При наличии гиперхолестеринемии жиры животного происхождения должны, по мнению большинства авторов, в значительной мере заменены растительными жирами т.к, наиболее эффективно снижают содержание холестерина в сыворотке крови. Содержание в сыворотке крови триглицеридов находится в прямой зависимости от количества в пище углеводов. Поэтому при выявлении триглицеридемии рекомендуют придерживаться диеты, бедной углеводами. Важную роль в первичной профилактике Инфаркт миокарда играют мероприятия, направленные на борьбу с курением табака. Эффективная борьба с курением среди здоровых лиц - сложная проблема, которая может быть успешно решена только совместными усилиями работников здравоохранения и немедицинской общественности. Роль физических тренировок в комплексе вторичной профилактики инфаркта миокарда, на сегодняшний день, изучена неполно, хотя её значение для первичной профилактики считается установленным.Тренировка повышает эффективность работы сердца. Достаточная физическая активность снижает склонность к тромбообразованию, к развитию эндогенного ожирения. Пропаганда и активная организация физической культуры имеет наибольшее значение для лиц, физическая активность которых по роду выполняемой профессиональной деятельности недостаточна.

#  ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

## 3.1. Анкетирование

 С целью определения информированности пациентов, перенесших инфаркт миокарда, о вторичной профилактике проведено анкетирование. В анкетировании участвовали 30 человек в возрасте от 50 до 76 лет, пациенты, состоящие на диспансерном учете в ГУЗ «Богородицкая ЦРБ.»

1. **Знаете ли Вы факторы риска развития инфаркта миокарда?**

 1. Да

 2.Нет

 3.Затрудняюсь ответить

1. **Знаете ли Вы норму АД?**

 1. Да

 2.Нет

 3.Затрудняюсь ответить

1. **Вы постоянно принимаете гипотензивные препараты?**

1. Да

 2.Нет

 **4. Известно ли Вам о том, что необходимо постоянно принимать аспирин?**

1. Да

 2.Нет

 **5. Табакокурение, употребление алкоголя, способствуют развитию инфаркта миокарда?**

1. Да

 2.Нет

 **6. Соблюдаете ли вы диету, назначенную врачом?**

1. Да

 2.Нет

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

1. Да

 2.Нет

 3.Затрудняюсь ответить

**Результаты анкетирования:**

**I. Знаете ли Вы факторы риска развития инфаркта миокарда?**

1. Да

 2.Нет

 3.Затрудняюсь ответить

**Вывод**: большинство опрошенных пациентов не знают факторы риска своего заболевания.

 **II. Знаете ли Вы норму АД?**

 1. Да

 2.Нет

 3.Затрудняюсь ответить

**Вывод:** в данной диаграммемы видим, что основной процент анкетируемых не знают нормы ад.

 **III. Вы постоянно принимаете гипотензивные препараты?**

 1. Да

 2.Нет

**Вывод:** большинство пациентов перенесших инфаркт миокарда, постоянно нуждаются в приеме гипотензивных препаратов.

 **IV. Известно ли Вам о том, что необходимо постоянно принимать аспирин?**

1. Да

 2.Нет

**Вывод:** 53%- знают о постоянном приеме аспирина

 47%-не знают.

**V. Табакокурение и употребление алкоголя способствуют развитию инфаркта миокарда?**

1. Да

2.Нет

**Вывод:** 97% -считают, что вредные привычки влияют на развитие болезни.

 **VI. Соблюдаете ли вы диету назначенную врачом?**

1. Да

 2.Нет

**Вывод:**  большинство опрошенных респондентов (87% ) соблюдают диету.

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

1. Да

2.Нет

3.Затрудняюсь ответить

**Вывод:** большинство опрошенных респондентов (73% ) будут соблюдать все рекомендации данные врачом .

##  3.2. Статистика

1. **Заболеваемость инфаркта миокарда по России**

**Вывод:** пик заболеваемости ИМ по России пришёлся на 2014 год.

 **II. Статистика летальных исходов инфаркта по России**

**Вывод:** больше всего летальных исходов ИМ отмечено в 2014 году.

**III. Риск получения инфаркта по возрасту Тульской области**

**Вывод:**  больше всего риск получения инфаркта составляют пациенты после 50 лет.

#  ВЫВОДЫ

* Изучена учебная и научная литература.

### Проведён анализ статистических данных по заболеваемости инфарктом миокарда на территории Тульской области, по России.

 Изучив теоретические вопросы об инфаркте (этиологию, клиническую картину, осложнения, методы диагностики, особенности лечения, реабилитации, ухода и профилактики) проанализировав наблюдения из практики, делаем заключение, что цель данной дипломной работы достигнута.

Эффективность выздоровления и улучшение качества жизни пациентов зависит от оказания квалифицированной медицинской помощи, выполнения всех рекомендаций на всех ее этапах.

 Проанализировав полученные статистические данные, можно утверждать, что большинство пациентов недостаточно информированы о своем заболевании, а так же не знают причину развития инфаркта миокарда. Большинство пациентов перенесших заболевание нуждаются в постоянном приеме гипотензивных препаратов и аспирина. Проведенное исследование показало, что вредные привычки напрямую угрожают и способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Благодаря консультации пациентов, снижается риск повторного инфаркта миокарда и способствует возвращению к нормальному образу жизни.

Рекомендации:

* Вести здоровый образ жизни (закаливание, свежий воздух, рациональное и сбалансированное питание, режим дня, размеренные физические нагрузки).
* После перенесенного заболевания соблюдать все рекомендации данные пациенту, соблюдать диету, вовремя принимать назначенные врачом лекарственные препараты, пройти курс необходимой реабилитации.
* Своевременно проводить диагностические мероприятия и консультации.

#   ЗАКЛЮЧЕНИЕ

 В ходе исследования инфаркта миокарда и написания работы выявлено, что заболеванию более всего подвержены пожилые люди, что своевременная профилактика, ведение здорового образа жизни является неотъемлемой частью жизни человека. Пациент, перенесший инфаркт миокарда, должен получать качественный и высококвалифицированный уход медперсонала. Контактируя с больным, медицинская сестра располагает новые жизненные установки больного после перенесенного инфаркта миокарда, своевременно помогает преодолевать сложные барьеры заболевания.

 Нагрузки имеют большое значение не только для улучшения физического состояния, но и как фактор психологического воздействия на человека. Возможность и даже необходимость двигаться ободряют, дарят надежду на выздоровление. Они заставляют стремиться к возвращению к обычной жизни, строить планы на будущее, мотивируют к дальнейшим успехам. Целью создания программы сестринских действий по уходу за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, явилось желание показать четкую структуру действий медицинской сестры по отношению к пациенту.

 СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аргун Л.Е. Надежда: Учеб. - метод. Пособие по оздоровительной социально- реабилитационной работе. М., 1999

2. Бунин Ю.А. Лечение неотложных состояний в кардиологии ( часть II )

3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. - М.: Медицина,2005

4. Кузнецов В. М. Сестринское дело в кардиологии, Ростов-на-Дону, Феникс, 2000.

5. Люсов В.А, Волов Н.А, Гордеев И.Г. Инфаркт миокарда практическое руководство. Москва 2010М : Прогресс-Традиция, 2007

6. Маколкин В.И., Овчаренко С. И., Семенков Н.Н. - Сестринское дело в терапии - ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 544с.: ил., табл.

7. Мухина С.А., Тарковская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» М.,2002.

8. Оганов Р.Г, Мамедов М.Н. Национальные клинические рекомендации. Москва 2009.

9. Руда М.Я, Голицын С.П.Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда

10. Фадеев П. А. Энциклопедия медицинских знаний. Москва 2007.

11. Шапкин В.Е., Заздравнов А.А., Бобро Л.Н. Пасиешвили - Справочник по терапии с основами реабилитации - М.: - Феникс- 2007 .- 275 с.

12. Якушин С.С. Инфаркт миокарда руководство. «ГЭОТАР\_Медиа» 2010.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

 Приложение А

****

 Приложение Б

