

ГАОУ СПО РК «ЕВПАТОРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

**ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ: «ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ
НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И УХОДА ЗА
БОЛЬНЫМИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ
МИОКАРДА»**

Подготовила:
Студентка группы 3-2
Сейтшаева Эвелина

ИНФАРКТ МИОКАРДА

– 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, т.е. область с отмершими клетками – кардиомиоцитами.



ПРИЧИНЫ

- *Атеросклероз сосудов сердца*, в частности коронарных артерий. В 97% случаев атеросклеротическое поражение стенок сосудов приводит к развитию ишемии миокарда с критическим сужением просвета артерий и длительным нарушением кровоснабжения миокарда.
- *Тромбоз сосудов*, к примеру, при коронарите различного генеза. Полное прекращение кровоснабжения мышцы происходит вследствие обтурации (закупорки) артерий или мелких сосудов атеросклеротической бляшкой или тромбом.
- *Эмболия венечных артерий*, например, при септическом эндокардите, реже заканчивается образованием некротического очага, тем не менее являясь одной из причин формирования острой ишемии миокарда.
- Нередко встречается сочетание вышеперечисленных факторов: тромб закупоривает спастически суженный просвет артерии, пораженной атеросклерозом или формируется в области атеросклеротической бляшки, выпяченной из-за произошедшего кровоизлияния в ее основание.
- *Пороки сердца*. Коронарные артерии могут отходить от аорты вследствие формирования органического поражения сердца.
- *Хирургическая обтурация*. Механическое вскрытие артерии или ее перевязка во время проведения ангиопластики.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

- Пол (у мужчин чаще).
- Возраст (после 40–65 лет).
- Стенокардия.
- Порок сердца.
- Ожирение.
- Сильный стресс или физическое перенапряжение при имеющейся ИБС и атеросклерозе.
- Сахарный диабет.
- Дислиппротеинемия, чаще гиперлиппротеинемия.
- Курение и прием алкоголя.
- Гиподинамия.
- Артериальная гипертензия.
- Ревмокардит, эндокардит или другие воспалительные поражения сердца.
- Аномалии развития коронарных сосудов.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Относительно размера поражения ткани инфаркт миокарда бывает:

- *Мелкоочаговый.* Формируется один или несколько маленьких по размеру некротических участков. Диагностируется в 20% случаев от общего числа инфарктников. У 30% пациентов мелкоочаговый инфаркт трансформируется в крупноочаговый.
- *Крупноочаговый* (чаще трансмуральный). Образуется обширная область некроза.

По глубине некротического поражения различают:

- *Трансмуральный.* Некротическая область охватывает всю толщу миокарда.
- *Субэпикардальный.* Участок с отмершими кардиомиоцитами прилегает к эпикарду.
- *Субэндокардальный.* Некроз сердечной мышца в районе прилегания к эндокарду.
- *Интрамуральный.* Участок некроза находится в толще левого желудочка, но не доходит до эпикарда или эндокарда.

В зависимости от кратности возникновения:

- *Первичный.* Возникает первый раз.
- *Повторный.* Развивается через 2 месяца или позже после начала первичного.
- *Рецидивирующий.* Появляется на стадии формирования рубцовой ткани первичного инфаркта, т.е. в течение первых 2 мес. от первичного острого поражения миокарда.

Относительно локализации процесса:

- *Левожелудочковый.*
- *Правожелудочковый.*

ПРИЗНАКИ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ ИМ

Яркая клиническая картина с типичным и выраженным болевым синдромом наблюдается при крупноочаговом (трансмуральном) инфаркте сердца. Течение болезни разделяю на определенные периоды:

Прединфарктный, или продромальный период. У 43–45% инфарктников этот период отсутствует, т.к. болезнь начинается внезапно. Большинство пациентов перед инфарктом отмечают учащение приступов стенокардии, загрудинные боли становятся интенсивными и продолжительными. Изменяется общее состояние – снижается настроение, появляется разбитость и страх. Эффективность антиангинальных средств значительно снижается.

Острейший период (от 30 мин до нескольких часов). При типичной форме острый инфаркт сопровождается нестерпимой загрудинной болью с иррадиацией в левую сторону туловища – руку, нижнюю челюсть, ключицу, предплечье, плечо, область между лопатками. Редко под лопатку или левое бедро. Боли могут быть жгучими, режущими, давящими. Некоторые ощущают распирающие в груди или ломоту. В течение нескольких минут боль достигает своего максимума, после чего сохраняется до часа и дольше, то усиливаясь, то ослабевая.

Острый период (до 2 суток, при рецидивирующем течении до 10 дней и дольше). У подавляющего большинства больных ангинозная боль проходит. Ее сохранение свидетельствует о присоединении эпистеноперикардального перикардита либо о продолжительном течении ИМ. Нарушения проводимости и ритма сохраняются, также как и артериальная гипотензия.

Подострый период (длительность – 1 мес). Общее состояние пациентов улучшается: температура нормализуется, проходит одышка. Полностью или частично восстанавливается сердечный ритм, проводимость, звучность тонов, но блокада сердца регрессу не поддается.

Постинфарктный период – завершающий этап течения острого ИМ, длящийся до 6 месяцев. Некротическая ткань окончательно заменяется плотным рубцом. Сердечная недостаточность устраняется за счет компенсаторной гипертрофии сохранившегося миокарда, но при обширной площади поражения полная компенсация невозможна. В этом случае проявления сердечной недостаточности прогрессируют.

Начало боли сопровождается сильной слабостью, появлением обильного липкого (профузного) пота, чувством страха смерти, учащением сердцебиения. При физикальном обследовании выявляется бледность кожи, липкий пот, тахикардия и другие нарушения ритма (экстрасистолия, фибрилляция предсердий), возбуждение, одышка в покое. В первые минуты повышается артериальное давление, потом резко понижается, что свидетельствует о развивающейся недостаточности сердца и кардиогенном шоке.

При тяжелом течении развивается отек легких, иногда сердечная астма. Тоны сердца при аускультации приглушены. Появление ритма галопа говорит о левожелудочковой недостаточности, от степени выраженности которой зависит аускультативная картина легких. Жесткое дыхание, хрипы (влажные) подтверждают застой крови в легких.



ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика

В первые 6 часов острого состояния в крови выявляется повышенный уровень белка – миоглобина, участвующего в транспортировке кислорода внутрь кардиомиоцитов. В течение 8–10 часов больше чем на 50% увеличивается креатинфосфокиназа, показатели активности которой нормализуются к концу 2 суток. Этот анализ повторяют каждые 8 часов. Если получают трехкратный отрицательный результат, то инфаркт сердца не подтверждается.

Инструментальная диагностика

ЭКГ фиксирует появление отрицательного z. T либо его двухфазность в определенных отведениях (при мелкоочаговом ИМ), патологии комплекса QRS или z. Q (при крупноочаговом ИМ), а также различные нарушения проводимости, аритмии.

Электрокардиография помогает определить обширность и локализацию области омертвления, оценить сократительную способность сердечной мышцы, выявить осложнения. Рентгенологическое исследование малоинформативно. На поздних этапах проводят коронарографию, выявляющую место, степень сужения или непроходимости коронарной артерии.



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

При подозрении на инфаркт сердца срочно вызывают скорую помощь. До приезда медиков нужно помочь больному принять полусидячее положение с согнутыми в коленях ногами, ослабить галстук, расстегнуть одежду, чтобы она не стягивала грудь и шею. Открыть форточку или окно для доступа свежего воздуха. Под язык положить таблетку аспирина и нитроглицерина, которые предварительно измельчить или попросить больного их разжевать. Это необходимо для более быстрого всасывания действующего вещества и получения скорейшего эффекта. Если ангинозные боли не прошли от одной таблетки нитроглицерина, то его следует рассасывать через каждые 5 минут, но не больше 3 таблеток.

Больной с подозрением на инфаркт сердца подлежит незамедлительной госпитализации в кардиологическую реанимацию. Чем раньше реаниматологи начнут лечение, тем благоприятнее дальнейший прогноз: можно предупредить развитие ИМ, предотвратить появление осложнений, сократить площадь очага некроза.

Основные цели первоочередных лечебных мероприятий:

□ снятие болевого синдрома;

□ ограничение некротической зоны;

□ предотвращение осложнений.

□ **Купирование болевых ощущений** – один из важнейших и неотложных этапов лечения ИМ. При неэффективности таблетированного нитроглицерина, его вводят в/в капельно либо наркотический анальгетик (например, морфин) + атропин в/в. В некоторых случаях проводят нейролептанальгезию – в/в нейролептик (дроперидол) + анальгетик (фентанил).

□ **Тромболитическая и антикоагулянтная терапия** направлена на сокращение зоны некроза. Впервые сутки от появления первых признаков инфаркта для рассасывания тромба и восстановления кровотока возможно проведение процедуры тромболиза, но для предотвращения гибели кардиомиоцитов эффективнее ее делать в первые 1–3 часа. Назначают тромболитические препараты – фибринолитики (стрептокиназа, стрептаза), антиагреганты (тромбо-АСС), антикоагулянты (гепарин, варфарин).

□ **Антиаритмическая терапия.** Для устранения нарушений ритма, сердечной недостаточности, восстановления метаболизма в ткани сердца применяют антиаритмические препараты (бисопролол, лидокаин, верапамил, атенолол), анаболики (ретаболил), поляризирующую смесь и т.д.

□ **Для лечения острой недостаточности сердца** используют сердечные гликозиды (коргликон, строфантин), диуретики (фуросемид).

□ **Для устранения психомоторного возбуждения** применяют нейролептики, транквилизаторы (седуксен), седативные средства.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Сестринский процесс при инфаркте миокарда предусматривает уход за больным в условиях стационара (во время пребывания в отделении реанимации или в инфарктном отделении) и сестринский уход в домашних условиях во время постинфарктной реабилитации.

Уход начинается от гемодинамической и электрической стабилизации сердечнососудистой системы в блоке интенсивной терапии и длится до выписки больного из инфарктного отделения.

□ В первые 1-2 дня заболевания должен соблюдаться постельный режим.

□ Нужно систематически осуществлять профилактику пролежней, особенно если строгий постельный режим сохраняется долгое время.

□ Медицинская сестра следит за питанием больного: оно должно быть дробным, легкоусвояемым, низкокалорийным, ограничивается потребление жидкости. В острый период (первые дни болезни), особенно при болях в сердце, пища больного ограничивается до нескольких маленьких порций фруктового сока.

С последующие дни добавляют тертый сыр, паровые котлеты, фруктовые и овощные пюре. Калорийность пищи увеличивается



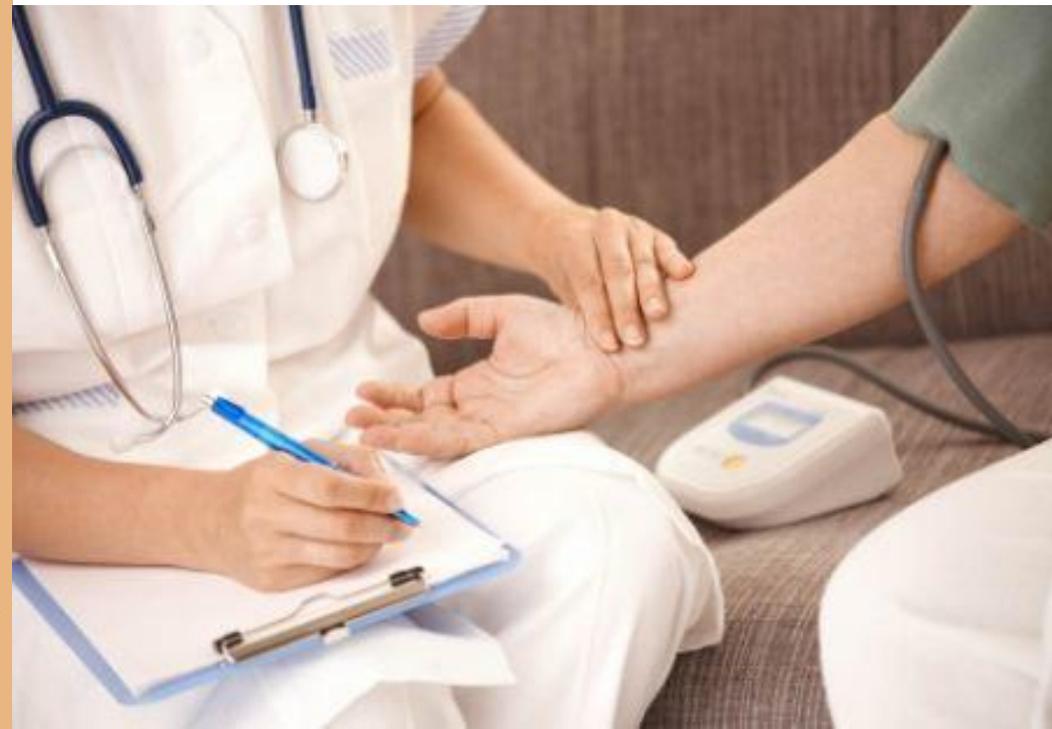
□ Дефекация и мочеиспускание пациента должны происходить в положении лежа. Больной должен опорожняться не реже 1 раза в 2 дня. С этой целью возможно назначение слабительных препаратов, очистительных и слабительных клизм, медсестра должна строго следовать назначениям врача и докладывать ему о проблемах дефекации у пациента.

□ Медицинская сестра беседует о пользе употребления в еду чернослива, кураги, меда для облегчения физиологических отпавлений.

□ В случае задержки мочи может назначаться катетеризация мочевого пузыря. Медсестра, осуществляющая уход, должна помнить о строгом соблюдении правил асептики и антисептики при проведении данной манипуляции.

□ Умывание и питание в первые несколько дней заболевания проводятся строго лежа, с поднятым головным концом кровати.

□ В обязанности медсестры входит регулярный контроль показателей гемодинамики пациента и внесение их в соответствующую медицинскую документацию.



Медсестринский процесс при инфаркте миокарда предусматривает участие медицинской сестры в уходе за больным от момента выписки из отделения и до полной физической и психологической реабилитации.

Это время отводится на санаторно-курортное и амбулаторное лечение. Цель этой фазы – как можно быстрее вернуть пациента к полноценной жизни и профессиональной деятельности. Роль медсестры в этой фазе чрезвычайно важна:

□ С пациентом должна быть проведена беседа о категорическом исключении алкоголя и запрете курения. Можно привести в пример больного, который успешно реабилитировался после этого заболевания, не курит и не употребляет алкоголь. И другого пациента, эффективность лечения которого существенно снизилась из-за его курения и несоблюдения рекомендаций. Полезна будет и информация о роли правильного образа жизни в постинфарктной реабилитации.

□ Пациенту должны быть даны рекомендации о здоровом питании и корректном составлении режима дня в целях профилактики повторных инфарктов.

□ Пациент должен принимать участие в групповых физических занятиях или тренироваться дома. Медсестра обучает больного элементам лечебной гимнастики, самомассажа и терренкура (дозированная ходьба). Можно посоветовать занятия йогой и дыхательные упражнения. Роль таких упражнений очень велика – они существенно снижают риск повторных инфарктов.

□ Пациенту объясняется необходимость своевременного прохождения необходимых обследований и диспансерного наблюдения.

Эта фаза направлена на поддержание физического и психического благополучия пациента, длительность этого периода не ограничена.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

