

ГБУ "ПОО Астраханский базовый медицинский колледж»

«Сестринский процесс при инфаркте миокарда»

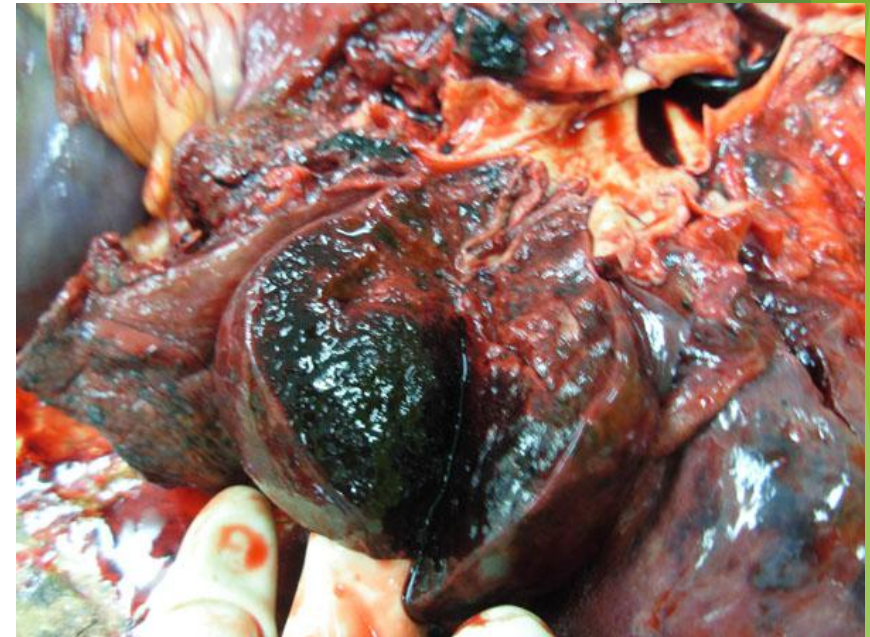
Выполнила:
преподаватель Соколова Д.К.

Инфаркт миокарда



- ◆ **Инфаркт миокарда** - это тяжелое заболевание, характеризующееся гибелью части сократительных клеток миокарда с последующим замещением погибших (некротизированных) клеток грубой соединительной тканью (т.е. формированием постинфарктного рубца).

Гибель клеток (некроз) происходит в результате продолжающейся ишемии миокарда и развитием необратимых изменений в клетках вследствие нарушения их метаболизма.



СТАТИСТИКА

В России инфаркт миокарда развивается у 0,2-0,6% мужчин в возрасте от 40 до 59 лет, а у мужчин старше 60 лет заболевание достигает 1,7% в год. Женщины заболевают инфарктом миокарда в 2-2,5 раза реже мужчин, особенно в молодом и среднем возрасте, после наступления менопаузы (в возрасте старше 55-60 лет).

Показатель	2015	2016	2017
Количество вызовов к больным ИМ			
Неосложненным	16255	16156	16172
Осложненным	7375	7383	7318
Всего	23630	23539	23490
% к общему числу больных сердечно-сосудистыми заболеваниями	4,5	4,5	4,7
Госпитализировано больных			
Неосложненным ИМ	11853	12728	11855
Осложненным ИМ	3516	1593	3623
Всего	15369	16321	15478
% госпитализированных больных к количеству вызовов			
Неосложненным ИМ	79,9	78,8	73,3
Осложненным ИМ	47,6	48,7	49,5
Всего	65,0	69,3	65,9

КЛАССИФИКАЦИЯ

По стадиям развития:

1. **Острейший** период продолжительность 2 часа.
2. **Острый** период продолжительность 10 дней.
3. **Подострый** период продолжительность с 10 дней до 4-8 недель.
4. Период **рубцевания** продолжительность от 4-8 недель.

По анатомии поражения:

1. Трансмуральный
2. Интрамуральный
3. Субэндокардиальный
4. Субэпикардиальный

По объему поражения:

1. Крупноочаговый (трансмуральный), Q-инфаркт
2. Мелкоочаговый, не Q-инфаркт

Локализация очага некроза.

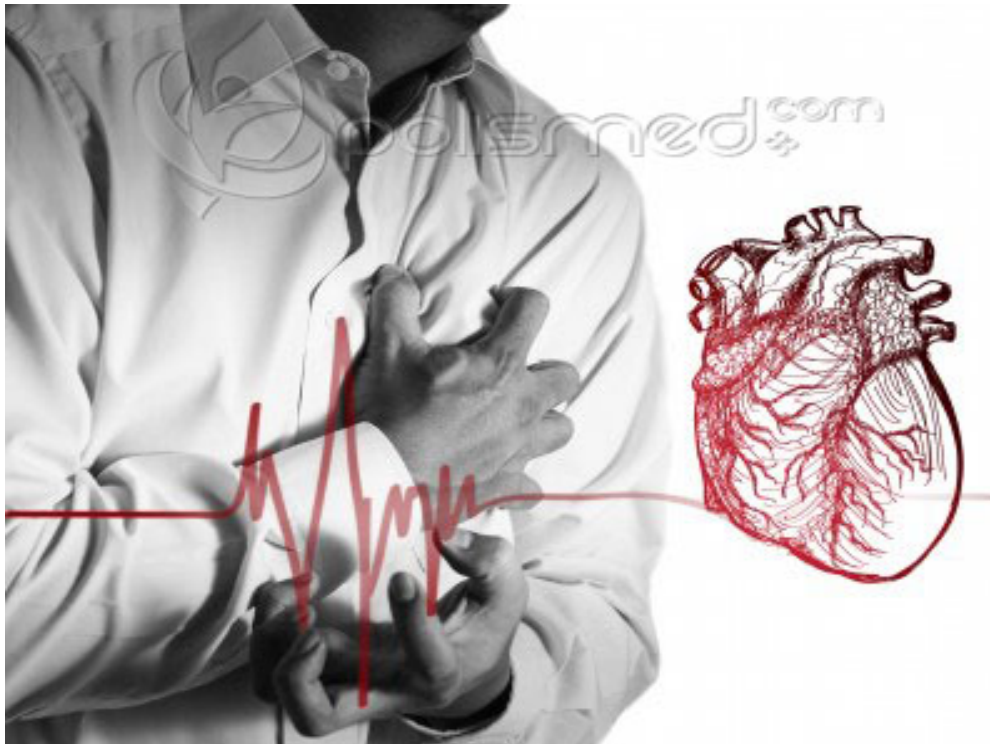
- I. Инфаркт миокарда левого желудочка (передний, боковой, нижний, задний).
- II. Изолированный инфаркт миокарда верхушки сердца.
- III. Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки (септальный).
- IV. Инфаркт миокарда правого желудочка.
- V. Сочетанные локализации: задне-нижний, передне-боковой и др.



Формы инфаркта миокарда:

◆ Типичная форма

◆ Атипичные формы



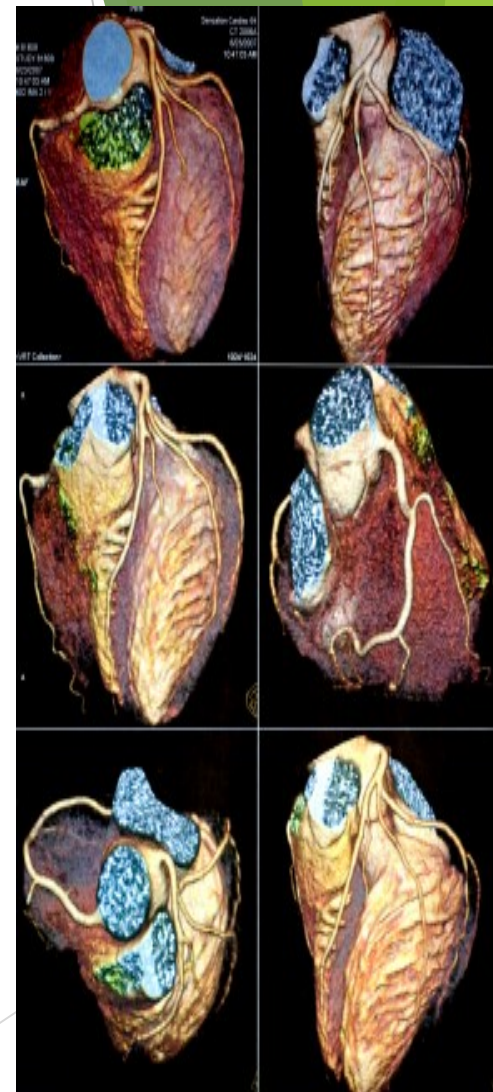
ТИПИЧНАЯ (БОЛЕВАЯ, АНГИЗНОЗНАЯ) ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Локализация боли

Обычно **боль** давящего, сжимающего характера ощущается за грудиной, в верхней или средней части (в нижней трети грудины или в области сердца). Это *ангинозная форма*, которая встречается в 50% случаев.

Типичная иррадиация боли:

- ◆ левая лопатка,
- ◆ левая рука,
- ◆ верхнегрудной отдел позвоночника,
- ◆ нижняя челюсть, зубы,
- ◆ уши,
- ◆ глотка, гортань.



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

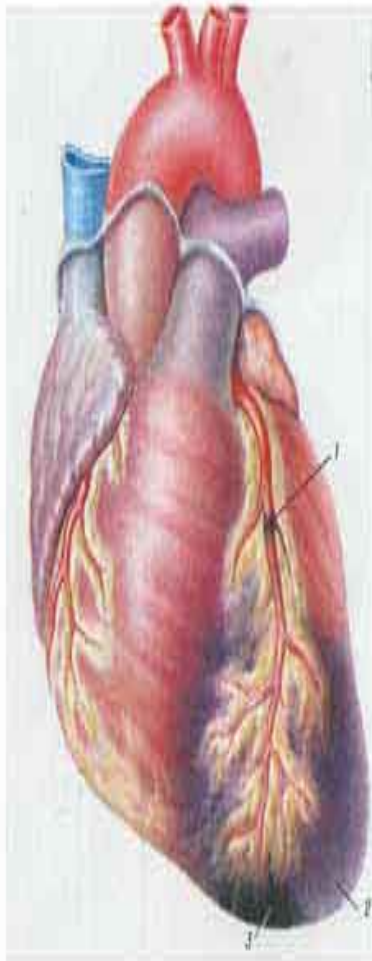
- Абдоминальная форма – симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой. В данном случае симптомы инфаркта могут напоминать симптомы острого панкреатита.
- Астматическая форма – симптомы инфаркта представлены нарастающей одышкой. Симптомы инфаркта напоминают симптомы приступа сердечной астмы.
- Малосимптомная форма инфаркта наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для пациентов с сахарным диабетом.
- Церебральная форма – симптомы инфаркта представлены головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.
- Аритмический вариант или нарушение ритма и проводимости.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Сильные, постоянные, колющие, давящие, жгучие боли в груди или за грудиной. Боль может иррадиировать в левые плечо, руку, лопатку, спину, шею или нижнюю челюсть. Как правило, боли не удается купировать нитратами, а иногда даже наркотическими средствами.





1. Место закупорки артерии.
2,3. Инфаркт (зоны омертвения)

Характер болей

Давящая, сжимающая, жгучая (ее можно спутать с изжогой), разрывающая, стягивающая, реже — сверлящая, тянущая.

Интенсивность боли

Может быть различной. Боль может быть исключительно интенсивной. Может нарастать, а затем угасать, т.е. быть волнообразной. Боль может быть незначительной, либо отсутствовать вовсе — это часто встречается у пожилых людей или при повторных инфарктах, сахарном диабете.

Длительность боли

Боль может длиться не менее 20 минут, а может сохраняться несколько часов и даже суток. Такая боль не проходит после приема нескольких таблеток нитроглицерина. Применяются наркотические средства (морфин, омнопон+атропином) или нейролептики (фентанил, дроперидол).

Помимо за грудиной боли часто выявляются и другие клинические проявления:

- *Частое прерывистое дыхание*
- *Учащённое неритмическое сердцебиение*
- *Слабый учащённый пульс в конечностях*
- *Обморок (синкопе) или потеря сознания*
- *Чувство слабости, иногда достаточно выраженное*
- *Холодный липкий обильный пот*
- *Тошнота и иногда рвота*
- *Бледность лица*



Осложнения

Ранние:

- острая сердечная недостаточность
- кардиогенный шок
- нарушения ритма и проводимости
- тромбоэмболические осложнения
- разрыв миокарда с развитием тампонады сердца
- перикардит

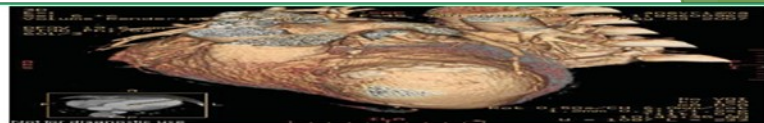
Поздние:

- постинфарктный синдром (синдром Дресслера)
- тромбоэмболические осложнения
- хроническая сердечная недостаточность
- аневризма сердца, аорты

Синдром Дресслера (постинфарктный синдром) – сочетание перикардита с плевритом, реже пневмонией и эозинофилией, развивающееся на 3-4-й неделе с момента возникновения ИМ; обусловлено сенсбилизацией организма к деструктивно измененным белкам миокарда.



Диагностика



Ранняя:

- a) Электрокардиография
- b) Эхокардиография
- c) Анализ крови на кардиотропные белки
МВ-КФК АсАТ ЛДГ

Отсроченая:

- a)
- b)

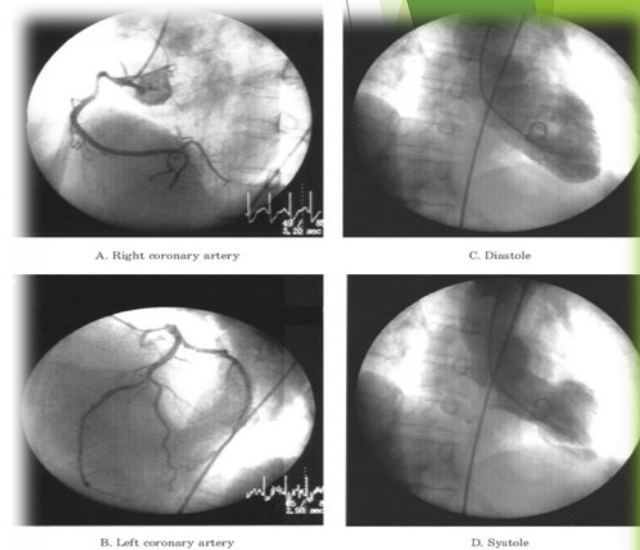
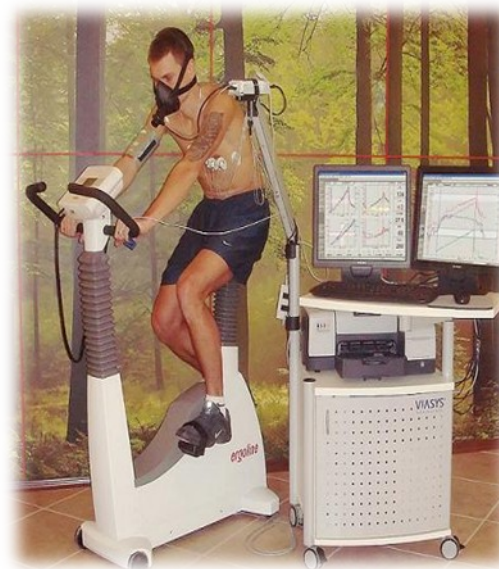


Figure 4. Coronary angiograms (left) and left ventriculograms (right) in the left anterior oblique view. A, B) Coronary angiograms show normal coronary arteries. C, D) Left ventriculograms show anterior wall akinesis. No Takotsubo-like pattern.

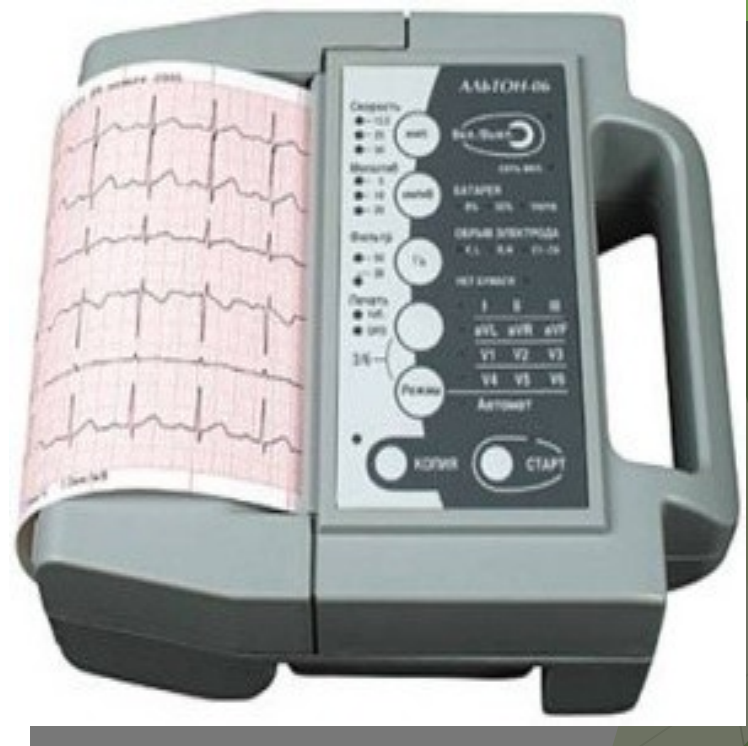
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА

Электрокардиограмма (ЭКГ) – графическое представление разности потенциалов, возникающей во время работы сердца на поверхности тела, регистрируемой аппаратом под названием **электрокардиограф** в процессе **электрокардиографии**. Является одним из основных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.

Электрокардиограмма не позволяет оценить сократительную способность сердца.

ЭКГ позволяет получать информацию о:

- изменении (утолщении) стенок сердца;
- расширении полостей сердца;
- ишемии сердечной мышцы;
- нарушении питания сердечной мышцы;
- наличии рубцов (последствия инфаркта миокарда);
- нарушениях ритма сердца.



Электрокардиограф

В КРОВИ У ПАЦИЕНТА НАБЛЮДАЕТСЯ



- В клинической практике наиболее часто исследуют концентрацию креатинфосфокиназы (КФК), аспартатаминотрансферазы (АСТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

СТАТИСТИЧЕСКИЕ АРХИВНЫЕ ДАННЫЕ

По данным Росстата в РФ в 2017 г. 61% случаев впервые возникшего ИМ и 69% повторного ИМ зарегистрировано у лиц пенсионного возраста. В свою очередь, по данным ретроспективного исследования, проводившегося в 2000-2015 гг., распространенность ИМ среди мужчин в возрастной группе 50-59 лет составила 27,6%, 60-69 лет – 15,6%, 70-79 лет – 21%, старше 80 лет – 8,3%, соответственно; среди женщин 50-59 лет частота ИМ была равна 20,4%, а в возрастной группе 60-69 лет – 34,5%, в группе 70-79 – 37,7%. Увеличение частоты ИМ связано с общими возрастными изменениями, затрагивающими сердечно-сосудистую систему, а также с распространенностью факторов риска.

На сегодняшний день болезни системы кровообращения остаются ведущей причиной смерти населения в Астраханской области - 47,3%, по ЮФО – 48%, в РФ – 47,6%. В то же время в регионе снижается смертность от инфаркта миокарда (на 18,6%), от инсультов (на 3%), от кардиомиопатий (на 10,8%).

Таб. 1. Основные демографические характеристики 1093 пациентов с ОИМ

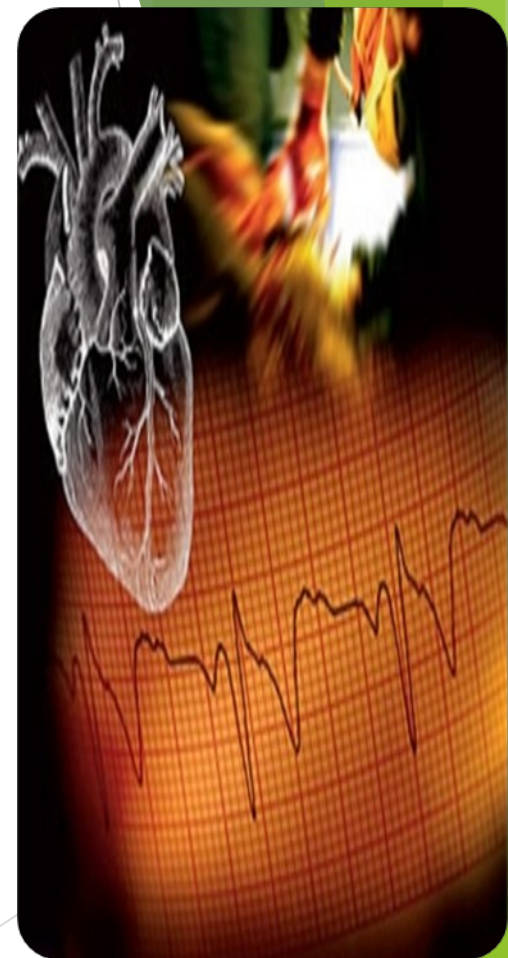
Демографические характеристики	
Мужчины/женщины %/%	618/515 (54,5%/45,5%)
Средний возраст (лет) - все больные Мужчины/женщины (лет/лет)	65,3±0,38 60,2±0,5/71,4±0,44
Больные моложе 60 лет; n (%) (мужчины/женщины) (%/%)	399 (35,2%) (320/79) (80,2%/19,8%)
Образование (незаконченное среднее/среднее/высшее/неизвестно) (%/%/%/%)	21/765/119/228 1,9%/67,5%/10,5%/20,1%

Таб. 2. Наличие факторов риска ИБС у пациентов до развития ОИМ

Фактор риска		Число больных
Артериальная гипертония (да/нет/неизвестно)	(n)	866/140/127
	(%)	76,4/12,4/11,2
Курение (да/нет/неизвестно)	(n)	327/790/16
	(%)	28,9/69,7/1,4
Ожирение (да/нет/неизвестно)	(n)	457/640/36
	(%)	40,3/56,5/3,2
Сахарный диабет 2 типа (да/нет/неизвестно)	(n)	202/926/5
	(%)	17,8/81,7/0,5
Гиперхолестеринемия (да/нет/неизвестно)	(n)	391/289/453
	(%)	34,5/25,5/40,0
Отягощенная наследственность (да/нет/неизвестно)	(n)	31/692/410
	(%)	2,7/61,1/36,2
Социально-экономический (да/нет/неизвестно)	(n)	541/504/88
	(%)	47,8/44,5/7,7
Малоподвижный образ жизни (да/нет/неизвестно)	(n)	735/362/36
	(%)	64,9/31,9/3,2

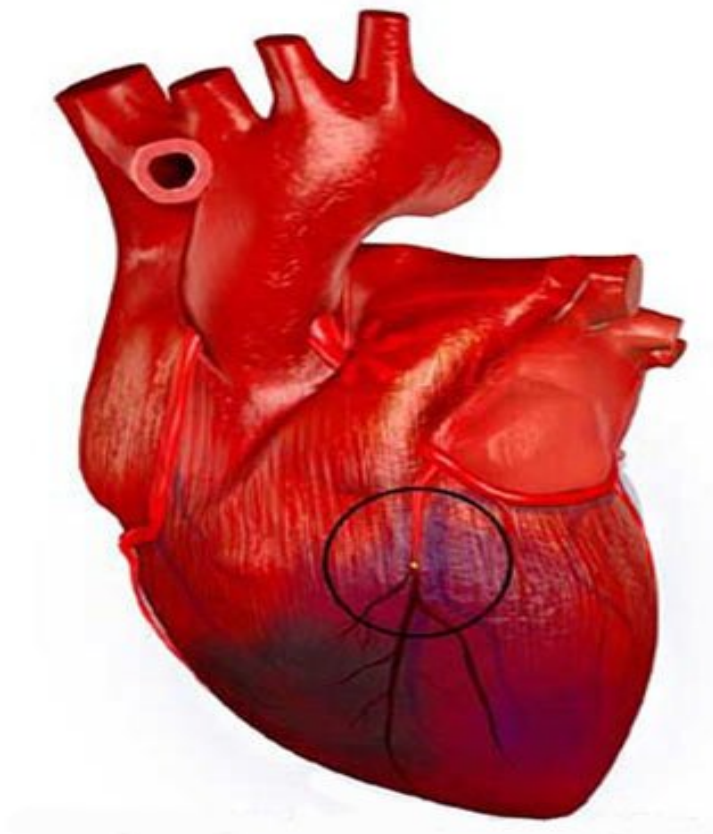
Доврачебная помощь при инфаркте миокарда

- I. Пациента уложить на жесткую постель, успокоить, освободить от стесняющей одежды.
- II. Вызов скорой медицинской помощи.
- III. Обеспечить доступ свежего воздуха.
- IV. Обеспечить физический и психический покой.
- V. Измерить АД, определить и оценить пульс, каждые 15 мин - мониторинг.
- VI. Дать 1-2 таб. или в виде аэрозолей (0, 4 гр. в дозе) Нитроглицерина под язык при АД > 100 мм.рт.ст.
- VII. Дать аспирин 125-250мг. (разжевать).



ПРОФИЛАКТИКА

1. Диспансерный учет в поликлинике по месту жительства у терапевта и/или кардиолога.
2. Диета
3. Правильный образ жизни
4. Исключения стрессовых ситуаций
5. Санаторно-курортное лечение, ЛФК.



Восстановительная двигательная активность (реабилитация) при инфаркте миокарда

В острый период ИМ врач прописывает больному строгий постельный режим. В течении 2-3 дней пациент находится в палате интенсивной терапии. По окончании острого периода, о чем можно судить по исчезновению монофазной кривой на ЭКГ, нормализации t и активности ферментов в крови, к 10 дню состояние больного переходит к подострому периоду, который длится до 4-8 недель. 1-ое присаживание больного проводит методист по ЛФК, желательно в присутствии врача. Обычно это делается на 2-3 день. На 4-5 день болезни больной начинает ходить по палате (палатный режим). С 14 дня больной осваивает один проем лестницы и с 15-16 дня выходит на прогулку. Он преодолевает расстояние 500-1000м. под присмотром.

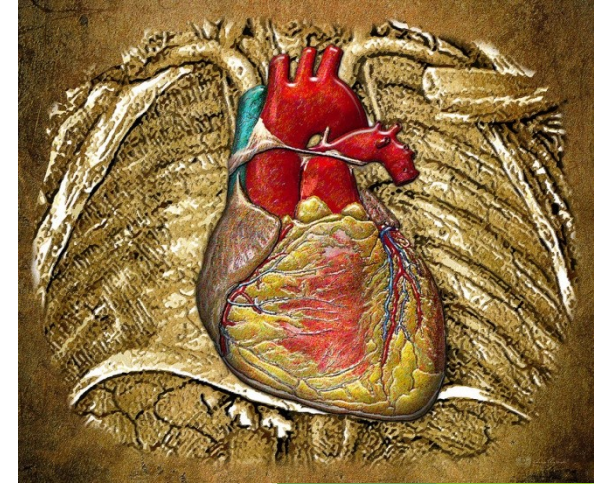
Пациент находится в стационаре до тех пор, пока:

- 1) - Он нуждается в проведении специальных и диагностических мероприятий;
- 2) - Не будет достигнут достаточный уровень физической активности.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- ◆ Целью данной работы было выявить зависимость качества сестринского процесса при инфаркте миокарда от организации работы медицинской сестры.
- ◆ **Цель достигнута.**
- ◆ **Задачи выполнены:**
- ◆ 1. Изучены особенности течения типичной и атипичной форм инфаркта миокарда у пациентов.
- ◆ 2. Выявлены и изучены настоящие и потенциальные проблемы пациентов.
- ◆ 3. Четко определена роль медсестры в уходе за пациентами в периоды клинических фаз инфаркта миокарда.
- ◆ 4. Определены основные демографические показатели, сопутствующие факторы риска и предшествующие ИМ клинические проявления ИБС.
- ◆ 5. Проанализированы архивные статистические данные, отражающую общую картину демографических показателей, факторов риска, летальности пациентов вследствие инфаркта миокарда.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !!!

