

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/330050>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 7

1.1. Инфаркт миокарда, этиология, патогенез 7

1.2. Классификация, клиническая картина 8

1.3. Лечебно-диагностическая тактика 14

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 18

2.1. Организация исследования 18

2.2. Результаты социологического исследования пациентов
в кардиологическом отделении 20

2.3. Роль медицинской сестры в реабилитационном процессе при инфаркте миокарда 31

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 39

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 42

ПРИЛОЖЕНИЕ.....43

Заболевания сердца среди населения растут, в том числе увеличивается количество инфарктов миокарда как у пожилых, так и у молодых людей. Инфаркт миокарда – это нарушение коронарного кровотока, приводящий к гипоксии миокарда и к частичному некрозу сердечной мышцы, нарушению функции сердца, сосудов и других органов» [2].

Инфаркт миокарда может быть вызван закупоркой коронарных артерий, по которым к сердечной мышце поступают питательные вещества и кислород. Атеросклеротическая бляшка, обычно тромб, блокирует кровеносный сосуд. Поступления кислорода и питательных веществ, необходимых для поддержания деятельности сердечной мышцы, хватает на 10 секунд, после чего мышца живет в состоянии тяжелой гипоксии в течение 30 секунд, далее начинается некроз (омертвление), который заканчивается гибелью мышцы к третьему-шестому часу.

Факторы, которые могут вызвать инфаркт, включают следующие патологии:

☐ ишемическая болезнь сердца и нарушение реполяризации миокарда

☐ гипертония;

☐ атеросклероз;

☐ диабет;

☐ генетическая предрасположенность (склонность к атеросклерозу, ишемии и дискинезии миокарда) [14].

Однако инфаркт миокарда также может быть спровоцирован вредными привычками и нездоровым образом жизни. Например, курение сужает стенки коронарных артерий, ухудшая кровообращение и вызывая развитие гипоксического поражения. Отсутствие физической нагрузки и ожирение также опасны. [8] Местные изменения в интиме (разрыв атеросклеротической бляшки и трещина в покрывающей её капсуле, реже - кровотечение из бляшки), а также повышение активности коагуляции и снижение активности антикоагуляции способствуют образованию коронарных тромбов. При повреждении бляшки обнажаются коллагеновые фибриллы, в месте повреждения происходит адгезия и агрегация тромбоцитов, высвобождение тромбоцитарных факторов свертывания и активация плазменных факторов свертывания. Происходит тромбоз и окклюзия просвета артерии. Коронарный тромбоз обычно сочетается со спазмом коронарных артерий.

Таким образом, острая коронарная окклюзия приводит к ишемии и некрозу миокарда. При ишемии миокарда накопление недоокисленных метаболитов стимулирует интерстициальные рецепторы и кровеносные сосуды и материализуется в виде острого ангинозного приступа. [11]

1.2. Классификация, клиническая картина

Ни одно заболевание так часто за последнее время не подвергалось пересмотру с позиций его

классификации, как ИМ. Это, безусловно, было в первую очередь отражением достижений в области его диагностики, а также в области стратегии лечения. С точки зрения клинициста наиболее важной будет та классификация, которая отражает не только новейшие достижения, но и реальные возможности, последние же очень сильно различаются в разных странах, клиниках и т.д.

Инфаркт миокарда можно классифицировать следующим образом:

1. По глубине и протяженности некроза по данным ЭКГ:

1.1. Длинноочаговый (обширный) инфаркт QS или Q (ИМ с патологическим QS и зубцом Q на ЭКГ):

- трансмуральный крупноочаговый (т.е. через всю стенку миокарда) (ИМ с патологическим зубцом QS);
- нетрансмуральный крупноочаговый (ИМ с патологическим зубцом Q).

1.2. Мелкоочаговый «не-Q» инфаркт миокарда (без патологического зубца Q):

- субэндокардиальный (очаг некроза располагается только во внутренних субэндокардиальных слоях сердечной стенки);
- интрамуральный (очаг некроза располагается в средних мышечных слоях стенки сердца).

2. По локализации инфаркта миокарда: инфаркт левого желудочка: боковой; задний; заднебоковой; передне-задний; передний; переднеперегородочный; верхушечный; переднебоковой;

1. инфаркт миокарда правого желудочка;

2. инфаркт миокарда предсердий [10].

3. По периодам развития инфаркта выделяют:

1 период – предынфарктный (продромальный): учащение и усиление приступов стенокардии, может продолжаться несколько часов, суток, недель;

2 период – острейший: от развития ишемии до появления некроза миокарда, продолжается от 20 минут до 2 часов;

3 период – острый: от образования некроза до миомаляции (ферментативного расплавления некротизированной мышечной ткани), длительность от 2 до 14 суток;

4 период – подострый: начальные процессы организации рубца, развитие грануляционной ткани на месте некротической, продолжительность 4-8 недель;

5 период – постинфарктный: созревание рубца, адаптация миокарда к новым условиям функционирования.

Клиническая картина инфаркта миокарда зависит от периода развития заболевания: прединфарктный, острейший, острый, подострый и постинфарктный.

Прединфарктный период инфаркта миокарда. В период, предшествующий инфаркту, могут возникать как кардиальные (связанные с работой сердца), так и внесердечные симптомы. К кардиальным симптомам относятся: боль в груди, одышка, сердцебиение, аритмии. К несердечным - слабость, потливость, головокружение, чувство тяжести и боли в желудке (в эпигастрии). В период, предшествующий инфаркту, могут наблюдаться только внесердечные симптомы с наличием аритмии и одышки (или без), но сам период проходит безболезненно. При осмотре пациента можно обнаружить легкий цианоз (синюшность) губ, аритмичный пульс и повышенную болевую чувствительность кожи в сердечной области.

Острейший период инфаркта миокарда.

Длительность — от 10–20 минут до нескольких часов. Нестабильная стенокардия перерастает в инфаркт: резко возникшая боль уже не купируется нитратами и проходит после использования наркотических анальгетиков. Боль давящая, сжимающая, пекущая. При классическом проявлении определяется в груди слева, отдает под левую лопатку, ключицу, шею, нижнюю челюсть, половину головы.

При объективном осмотре:

Бледные кожные покровы, холодный пот, синий носогубный треугольник.

Аускультативно отмечается приглушение I тона в зоне верхушки.

Частота пульса меняется.

По данным статистики, нарушение ритма и проводимости, тахикардия или брадикардия, наблюдается у 90% больных.

Давление сначала повышается, а потом падает.

Появляется одышка, в некоторых случаях наблюдаются признаки легочной недостаточности.

В анализе крови отмечается рост уровня тропонина и миоглобина.

Острый период инфаркта миокарда. В остром периоде окончательно формируется очаг некроза, боль обычно в это время стихает. Если боль сохраняется, это может быть связано с расширением зоны инфаркта.

Пульс учащен, артериальное давление снижено [9].

Атипичные формы инфаркта миокарда. В некоторых случаях могут возникать атипичные формы инфаркта миокарда. Они образуются в связи с пожилым возрастом, развитием инфаркта на фоне выраженной

артериальной гипертензии или сердечной недостаточности, а также у тех, кто ранее уже перенес инфаркт. Другими факторами являются: повышенный порог болевой чувствительности, поражение вегетативной нервной системы с иннервацией (переход очага заболевания), боли в области сердца (например, при сахарном диабете или у пациентов алкоголизмом). Симптомы зависят от формы атипичного инфаркта миокарда.

1.Периферическая форма с атипичной локализацией болей

Боли различной интенсивности в области левой руки, левой лопатки, горла (как при стенокардии), шейно-грудного отдела позвоночника, нижней челюсти (ощущаются как зубная боль). Боли в области сердца отсутствуют или не очень интенсивны. Возможны слабость, головокружение, потливость, внезапное начало сердцебиения, аритмии и падение артериального давления.

2.Абдоминальная форма с инфарктом диафрагмы.

Сильные боли наблюдаются в эпигастрии (верхней части живота), иногда в правом подреберье или во всей правой половине живота. Боль часто сопровождается тошнотой, рвотой, которая не приносит облегчения, вздутием живота вследствие непроходимости кишечника и желудка. Возможно желудочно-кишечное кровотечение. Живот болезненный в верхней половине, в правом подреберье, мышцы передней брюшной стенки напряжены [6].

3.Астматическая форма – сердечная астма.

Характерны внезапный приступ удушья с кашлем и выделением пенистой розовой мокроты, холодный пот и посинение конечностей. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Боли в области сердца отсутствуют или очень слабо выражены.

4.Коллаптоидная форма (кардиогенный шок с повторным и протяженным сквозным инфарктом миокарда)

Внезапно развивается обморок, беспокоит головокружение, потемнение в глазах, падает артериальное давление. Боли в области сердца отсутствуют или не очень интенсивны. Появляется холодный пот, пульс частый и слабый, может возникнуть аритмия.

5.Отечная форма (при обширных и повторных инфарктах, приводящих к развитию сердечной недостаточности)

Возникают одышка, слабость, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки голеней и стоп, в более тяжелых случаях наблюдается асцит (скопление жидкости в брюшной полости).

6.Аритмическая форма

Аритмии в виде пароксизмальной мерцательной аритмии или тахикардии, частые экстрасистолы (аритмические сокращения), внезапное развитие атриовентрикулярной блокады. Боли в области сердца отсутствуют. Чаще наблюдается при обширных, острых или повторных сердечных приступах, особенно у пожилых пациентов. Характерны клинические проявления ишемии головного мозга: головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах, обмороки.

7.Цереброваскулярная форма

Характерны симптомы ишемии (недостаточного кровоснабжения) головного мозга. Чаще наблюдается у пожилых людей с тяжелым поражением артерий головного мозга атеросклерозом, чаще у мужчин.

Симптомы обусловлены динамическим нарушением мозгового кровоснабжения. Отмечаются головокружение, потемнение в глазах, шум в ушах, тошнота, обмороки, преходящие нарушения зрения, слабость в конечностях, очаговая неврологическая симптоматика. Как правило, боли в области сердца отсутствуют, артериальное давление часто снижено.

Органический инсульт наблюдается реже. Обычно в этом случае наблюдается тромбоз мозговых артерий и развивается ишемический инсульт. Органическое нарушение кровоснабжения головного мозга проявляется парезами (снижением мышечной силы), нарушениями речи и очаговой неврологической симптоматикой. Психические расстройства могут развиваться в виде сниженной критики своего состояния, галлюцинаций, иногда возможно развитие психозов.

8.Стертая форма (малосимптомная)

Сильных болей в области сердца нет. Наблюдаются легкие симптомы: кратковременная слабость, потливость, ощущение нехватки воздуха. Симптомы быстро проходят. Пациенты не обращают на них внимания, не обращаются к врачу, не проходят исследование ЭКГ. Иногда встречается бессимптомная форма инфаркта миокарда, которая выявляется случайно при выявлении рубцовых изменений сердечной мышцы на ЭКГ [6].

Комбинированная нетипичная форма. Наблюдается сочетание клинических признаков различных атипичных форм.

Последствия инфаркта миокарда всегда негативно отражаются на состоянии всего организма. Конечно, это

зависит от того, насколько обширно поражение миокарда. У больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развиваются нарушения ритма сердца. Из-за омертвления участка миокарда и формирования рубца снижается сократительная функция сердца, в результате чего развивается сердечная недостаточность. В результате обширного инфаркта и формирования большого рубца может возникнуть аневризма сердца – состояние, угрожающее жизни больного и требующее оперативного лечения. Аневризма не только ухудшает работу сердца, но и повышает вероятность образования тромбов в ней, также велик риск ее разрыва.

Многие больные после перенесенного инфаркта миокарда избегают любой активности. Они постоянно жалуются на боли, свое самочувствие. Есть и такие пациенты, которые переносят начало заболевания и сам инфаркт на ногах, поздно обращаясь к специалисту за помощью, что утяжеляет дальнейшее их состояние. Повторные инфаркты возникают примерно в 20% случаев. Но если пациенты не выполняют рекомендации врача, самостоятельно расширяют двигательный режим и (или) прекращают прием лекарственных препаратов, этот показатель может повышаться до 40% и выше.

1. Аллилуев, И. Г. Боли в области сердца. Дифференциальный диагноз / И.Г. Аллилуев, В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов. - М.: Медицина, 2018. - 192 с.
2. Аронов, Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда / Д.М. Аронов, О.Л. Барбараш, М.Г. Бубнова, А.А Долецкий и др. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 95 с.
3. Бубнова, М.Г. Реабилитация пациентов ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на постстационарном этапе / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов, В.Б. Красницкий. - М.: «Санофи-Авентис групп», 2010. - 132 с.
4. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
5. Инфаркт миокарда: моногр. / А.В. Виноградов и др. - М.: Медицина, 2016. - 312 с.
6. Кардиология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 934 с.
7. Копать, Т. Т. Острые формы ишемической болезни сердца: учеб.-метод. пособие / Т. Т. Копать, И. М. Змачинская, Ю. М. Громова. - Минск: БГМУ, 2015. - 40 с.
8. Неотложные состояния в кардиологии. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 392 с.
9. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. Рекомендации по диагностике и лечению. Под ред. Ф.И. Белялова. Иркутск, 2015. - 24 с.
10. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. - М.: Медицина, 2017. - 248 с.
11. Рылова, А.К. Кардиореабилитация / А.К. Рылова. - М.: МЕДпресс-информ, 2019. - 336 с.
12. Станов, Р.Г. Ишемическая болезнь сердца: Руководство для врачей / Р.Г. Станов, Ю.М. Поздняков, В.С. Волков. - М.: Издательский дом Синергия, 2002. - 308 с.
13. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2016. - 273 с.
14. Урсакий, О.В. Роль медицинской сестры в профилактике ишемической болезни сердца [Электронный ресурс] / О. В. Урсакий // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2015: сб. тез. докл. 69-й науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием / под ред. О.К. Кулаги, Е.В. Барковского. - Минск, 2015. - С. 643.
15. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2015. - 570 с.
16. Шхвацабая, И.К. Реабилитация пациентов ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.
17. Шестаков, С.В. Грудная жаба и инфаркт миокарда / С.В. Шестаков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. - 284 с.
18. Шилов, А. М. Инфаркт миокарда: моногр. / А.М.Шилов. - М.: Миклош, 2014. - 164 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/330050>