

ГБПОУ ЯНАО «Ямальский многопрофильный колледж»

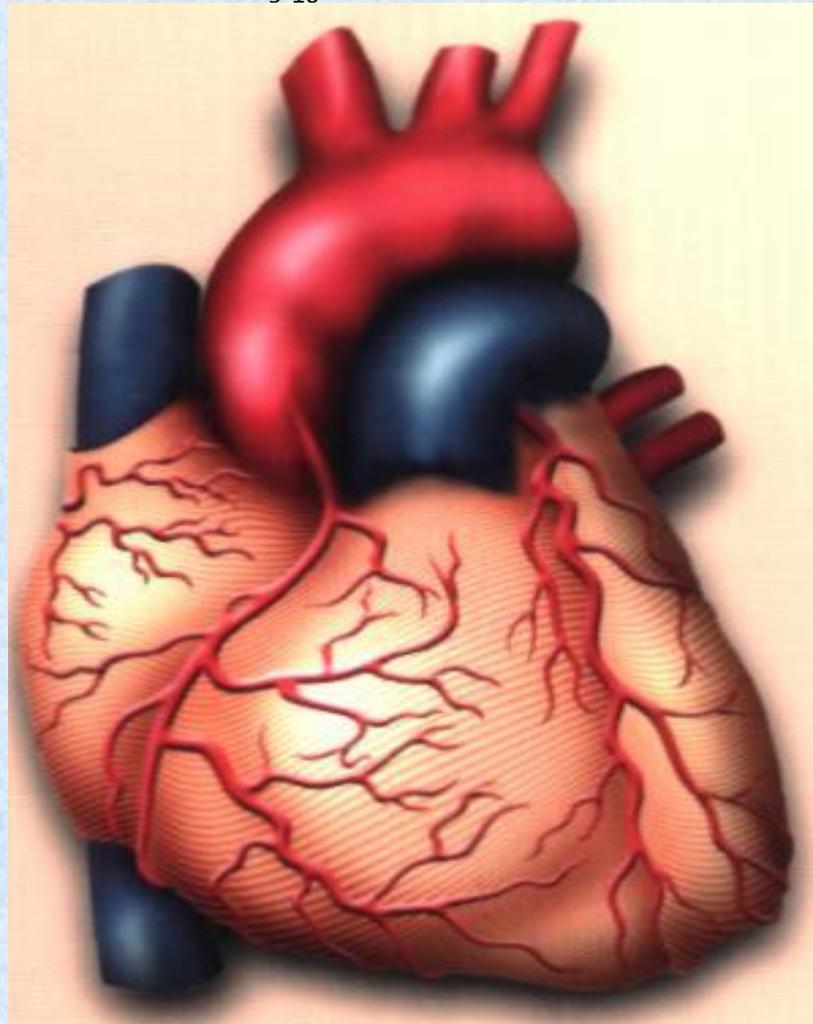
**Клинико-теоретическая конференция
Ишемическая болезнь сердца**



2017 год

Содержание:

1.	Методические указания студентов	2
2.	Пояснительная записка	3
3.	Глоссарий	4
4.	Список сокращений	5
5.	Анатомо - физиологическое обеспечение темы	6
6.	Географическое распространение ишемической болезни сердца	7
7.	Гипертония – предвестник ИБС	8
8.	Сердце и стресс	9-10
9.	Ишемическая болезнь сердца	
10.	Острый инфаркт миокарда	
10.1.	Классификация	
10.2.	Течение	
10.3.	Этиология	
10.4.	Факторы риска	
10.5.	Клиническая картина	
10.6.	Клинические варианты Им	
10.7.	Перечень вопросов пациенту	
10.8.	Данные ЭКГ при ИМ	
10.9.	Ведение больных на догоспитальном этапе	
10.10.	Лечение	
11.	Хроническая ИБС	
12.	Стенокардия	
12.1.	Лечение стенокардии	
13.	Осложнения ИБС, левожелудочковая ОСН	
13.1.	Кардиогенный шок	
14.	Профилактика ИБС	
15.	Проблема решена	
16.	Диаграммы	
17.	Контроль усвоения темы	
17.1.	Тесты	
17.2.	Задания «Установи соответствие»	
17.3.	Задачи	
17.4.	Дифференциальная таблица с немymi графами	
18.	Памятки	
19.	Использованная литература	



Методические указания студенту

Уважаемые студенты!

Внимательно изучите теоретический материал по теме «Ишемическая болезнь сердца».

После ознакомления с основами теории проверьте себя с помощью тестов I уровня, работой с дифференциальной таблицей, решением задач; используя рекомендации по применению диаграмм, определите риск заболевания ИБС у лиц относящихся к группе риска.

Ознакомьтесь с памятками по профилактике ИБС для пациента и активно применяйте их в своей деятельности на практических занятиях и производственной практике.

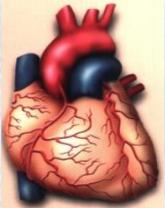
Пояснительная записка

На протяжении ряда столетий во всем мире происходит тревожный рост заболеваемости и смертности от ИБС. За последние годы ИБС «помолодела», и смертность мужчин в возрасте 35-44 лет возросла на 60%. А у мужчин в возрасте 20-29 лет фиброзные бляшки в коронарных артериях могут встречаться, по данным зарубежных авторов, почти в половине случаев.

В связи с внедрением инновационных технологий в процесс образования, необходимо совершенствование учебно – методического обеспечения дисциплины.

Данная информация поможет активизировать внимание студентов, улучшить мыслительные процессы, повысить мотивацию к изучаемой теме

В данной конференции включен теоретический материал, диаграммы риска заболевания ИБС, тесты самоконтроля, задачи, памятки для пациента по профилактике ИБС.



ГЛОССАРИЙ.

Инфаркт Некроз участка органа или ткани вследствие внезапного нарушения кровообращения

Стенокардия Приступ острых болей за грудиной или над областью сердца вследствие ишемии миокарда

Цианоз Смешанное окрашивание кожных покровов и слизистых оболочек

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) Поражение миокарда обусловленное расстройством коронарного кровообращения

Стеноз Стойкое сужение просвета

Абдоминальный Брюшной

Ишемия Уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови

Коллапс Острая сосудистая недостаточность с падением тонуса сосудов и уменьшением

массы циркулирующей крови, резким снижением кровяного давления признаками

гипоксии мозга и угнетением жизненно важных функций

Некроз Обратимое прекращение жизнедеятельности тканей определенной части живого

организма

Шок Острый тяжелый патологический процесс при действии сильного раздражителя с

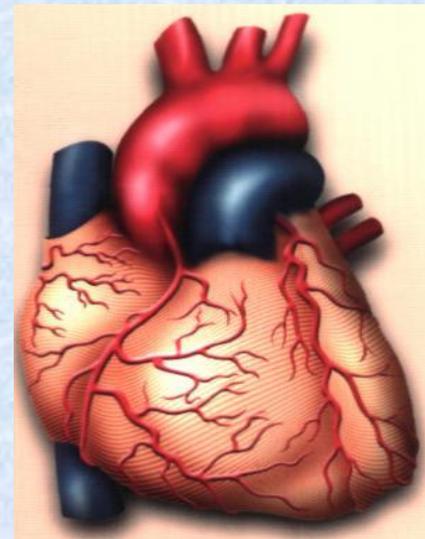
резким нарушением функций ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия

ИМ – инфаркт миокарда

ИБС - ишемическая болезнь сердца



Анатомо – физиологическое обеспечение темы.

Сердце представляет собой полую мышцу, расположенную за грудиной (несколько влево) и окруженную околосердечной сумкой — перикардом. Сердечная ткань состоит из сети одноядерных и двухъядерных клеток. Говорят, что размер сердца каждого из нас соответствует величине сложенной в кулак или кулачок вашей кисти.

Более точные размеры:

масса 500 г:

по вертикальной оси 13—15 см,

по горизонтальной оси 8—11 см,

нормальный объем 600—750 мл,

объем у спортсменов 800—1 300 мл,

объем сердца у Эди Мерцха (знаменитый велосипедист, многократный победитель "Тур де Франс") — 1 660 мл.

В сердце различаем левое и правое предсердия, левый и правый желудочки.

В левое предсердие поступает обогащенная кислородом кровь из легких и переходит в левый желудочек. Оттуда она попадает в аорту, которая разветвляется в артерии, артериолы и артериальные капилляры. По капиллярам кровь поступает ко всем клеткам, которые получают от нее кислород и другие растворенные в ней вещества.

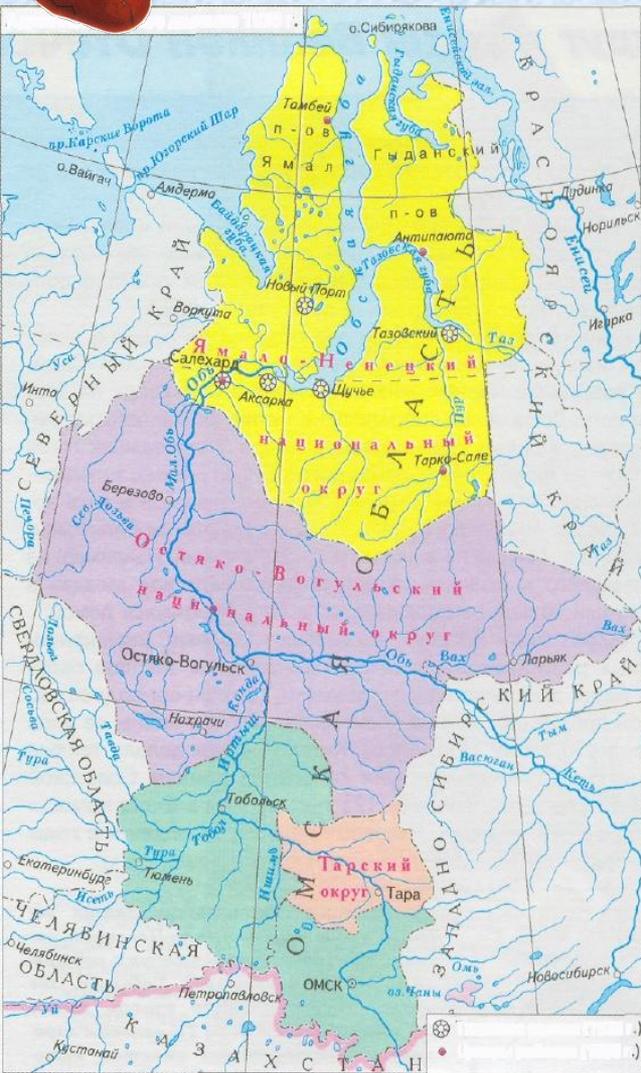
Движение крови происходит благодаря сокращению сердечной мышцы. Сокращения сердечной мышцы на стенках артерий проявляются как артериальная волна или пульс. У взрослого человека число таких сокращений — 70. за минуту, у новорожденных—140. За 5 сокращений сердце перекачивает 1 л крови, за час — 300 л, за день — 7— 9 тыс. л. Напряженная работа увеличивает объем- кровообращения на 2 500 л за час. Имеются данные, что в ас, в капиллярах она движется миллиметровыми шажками.





Географическое распространение ишемической болезни сердца

...Не только сам врач должен употреблять в дело все что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.
Гиппократ



Длительные наблюдения за людьми в возрасте 40-59 лет из 18 разных стран показали, что частота заболеваний ишемической болезнью сердца на 1000 населения составила: в Финляндии - 120, США - 80, на Кипре, в Далмации и Японии - около 20 случаев. За последние годы ИБС «помолодела», и смертность мужчин в возрасте 35-44 лет возросла на 60%. А у мужчин в возрасте 20-29 лет фиброзные бляшки в коронарных артериях могут встречаться, по данным зарубежных авторов, почти в половине случаев. Сравнительно редко встречается атеросклероз и коронарная недостаточность в Азии и Африке. Весьма малый процент населения страдает грудной жабой и инфарктом миокарда в Монгольской Народной Республике, Китае, Индии. Почти неизвестен инфаркт миокарда в Эфиопии, у представителей племени Банту.

В то же время мало подвержены атеросклерозу аборигены Крайнего Севера, употребляющие в пищу значительное количество животных жиров. Однако эти жиры имеют высокую степень ненасыщенности сравнительно со свиным и говяжьим жиром.

У коренных жителей Якутии смертность от атеросклероза в три раза реже, чем у приезжих, проживших в Якутии около 10 лет. В Москве и Петербурге инфаркт миокарда после 40 лет диагностируется примерно в восьми случаях на 1000 человек, а в Рязани, Киеве, Каунасе, Душанбе, Фрунзе, Уфе почти в два-три раза реже. Вместе с тем заболеваемость населения в больших городах Украины - Киеве, Харькове в три-четыре раза выше, чем в менее крупных населенных центрах.

Гипертония - предвестник ишемической болезни сердца.

Артериальная гипертония увеличивает частоту возникновения ишемической болезни сердца у мужчин моложе 50 лет в два с половиной раза и примерно на 10 лет раньше, чем у лиц того же возраста с нормальным артериальным давлением.

На ранних стадиях гипертонической болезни многие годы сосудистые изменения у человека носят часто только функциональный характер. Анатомические изменения сосудов (атеросклероз) - вторичный процесс, следствие длительного течения ишемической болезни сердца.

Развитие атеросклероза при гипертонической болезни объясняется наличием спазмов сосудов (в частности, венечных), повышением проницаемости сосудистой стенки для холестерина, склонностью к усилению свертывающих и угнетению противосвертывающих факторов крови.



Сердце и стресс.



Знаменитый отечественный терапевт А. Л. Мясников подчеркивал немаловажную роль в возникновении ИБС хронического эмоционального стресса.

"Не стрела и не холестерин ранят сердце человека, - говорил А. Л. Мясников, - а рука ближнего".

Психическая травматизация и перенапряжение высшей нервной деятельности лежат в основе развития ишемической болезни сердца, если они часто повторяются и переходят в хронический эмоциональный стресс.

Частые стрессовые ситуации и различные отрицательные эмоциональные воздействия нарушают нормальную деятельность коры головного мозга и центров гипоталамической области. Ослабление же контроля со стороны ЦНС ведет к значительному повышению возбудимости сосудодвигательного центра и нарушению сосудистого тонуса.

Видный отечественный клиницист С. П. Боткин отмечал: *"Нет таких сердечных болезней, которые в числе причин не имели бы расстройств нервной деятельности"*.

"Сердце - это первый орган, который наиболее чутко отзывается на переживания", - писал известный советский ученый И. А. Кассирский.

Многое зависит и от того, как стресс воспринимается человеком. В этом отношении образно высказался Генрих Сенкевич: "Величина всякого несчастья измеряется не сущностью его, а тем, как оно на человеке отражается".

Поэтому вопросы профилактики ИБС затрагивают не только сугубо медицинские меры. Немаловажная роль здесь принадлежит воспитанию с детства не только культуры поведения, но и культуры эмоций.

"Собой владеть - все одолеть", - говорят в народе. Л. Н. Толстой подчеркивал, что истинная сила человека не в порывах, а в нерушимом спокойствии.

Мудрый совет в этом отношении дает древнегреческий философ Аристотель: *"Властвует над страстями не тот, кто совсем воздерживается от них, но тот, кто пользуется ими так, как управляют кораблем или конем, то есть направляет их туда, куда нужно и полезно"*.

Переживания, вызванные нездоровым психологическим климатом, будь то на производстве или в семье, - источник развития невротических реакций и сопутствующих им патологических нарушений в организме.

В этих случаях необходимо изыскать способы снятия отрицательного эмоционального напряжения. Женщин природа щедро наделила весьма эффективным средством разрядки - слезами. И. С. Тургенев писал: *"Слезы, что гроза, после них человек всегда тише"*.

Нередко от самого человека зависит сохранить хорошее или предотвратить плохое расположение духа. На этот счет удачно высказался Даниель Дефо: *"В каждом положении отыщется что-нибудь утешительное, если хорошо поискать"*. Поэтому наиболее подвержены ИБС люди, таящие глубоко и продолжительно в себе обиду, раздражение, печаль и не стремящиеся избавиться от них возможными способами.

"...Безотступная, всепоглощающая печаль, заботы - разрушают тело, открывая доступ к нему всяческим заболеваниям; радость же, делая вас чувствительными к каждому биению жизни, к каждому бытию, безразлично как и физическому, так и к моральным, согревает тело", - писал И. П. Павлов.



ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА



Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — острый или хронический патологический процесс в миокарде, обусловленный неадекватным его кровоснабжением вследствие органического поражения коронарных артерий или, значительно реже, вследствие их функциональных изменений (спазм, недостаточное увеличение кровотока при возрастающей нагрузке).

Классификация.

В 1979 г. Комитетом экспертов ВОЗ по стандартной клинической терминологии была разработана классификация ИБС, не нашедшая, однако, повсеместного распространения в нашей стране. В настоящее время ведется работа по созданию новой классификации. Основными формами ИБС считаются:

- острый инфаркт миокарда,
- стенокардия,
- постинфарктный кардиосклероз
- диффузный кардиосклероз.

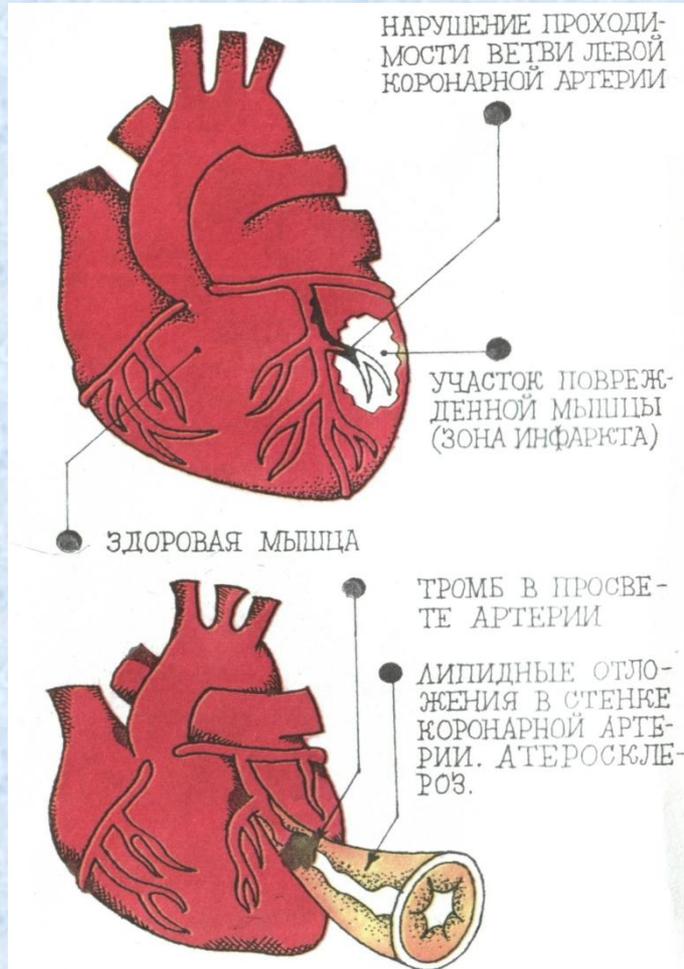
Острый инфаркт миокарда относится к острым формам ИБС;

- стенокардия (определенные формы),
- постинфарктный и диффузный кардиосклероз — к хроническим ее формам.

Главным этиологическим фактором ИБС является атеросклероз коронарных артерий. Факторы, предрасполагающие к его развитию, следует рассматривать как факторы риска ИБС. Наиболее важными среди них являются:

- 1) гиперлипидемия;
- 2) артериальная гипертензия;
- 3) курение;
- 4) гиподинамия (физическая детренированность);
- 5) избыточная масса тела и высококалорийное питание;
- 6) сахарный диабет;
- 7) генетическая предрасположенность.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА



Инфаркт миокарда (ИМ) — острое заболевание, обусловленное возникновением одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровотока.

У мужчин ИМ встречается чаще, чем у женщин, особенно в молодых возрастных группах. В группе больных в возрасте от 41 года до 50 лет это соотношение равняется 5:1, от 51 года до 60 лет — 2:1. В более поздние возрастные периоды эта разница исчезает за счет увеличения числа инфарктов у женщин. В последнее время значительно увеличилась заболеваемость ИМ лиц молодого возраста (мужчин до 40 лет).

Классификация инфаркта миокарда.



ИМ подразделяется с учетом величины и локализации некроза, характера течения заболевания.

1. В зависимости от величины некроза различают:

- крупноочаговый
- мелкоочаговый инфаркт миокарда.

С учетом распространенности некроза в глубь мышцы сердца, выделяют следующие формы крупноочагового ИМ:

- трансмуральный (поражение распространяется на всю толщу миокарда);
- интрамуральный (некроз развивается внутривентрикулярно, не достигая эндокарда и эпикарда).

При мелкоочаговых ИМ выделяют следующие формы:

- субэпикардальный (поражение слоев миокарда, прилегающих к эпикарду);
- субэндокардальный (некроз в слое миокарда, прилежащем к эндокарду).

Термин «мелкоочаговый» обычно употребляется как синоним понятия «субэндокардальный».

2. По локализации выделяют передний, верхушечный, боковой, септальный, диафрагмальный (задний) и заднебазальный ИМ. Возможны сочетанные поражения.

Указанные локализации относятся к левому желудочку как наиболее часто страдающему при ИМ. Инфаркт правого желудочка развивается крайне редко.

3. В зависимости от характера течения выделяют ИМ с затяжным течением, рецидивирующий ИМ, повторный ИМ.

Затяжное течение характеризуется длительным (от нескольких дней до недели и более) периодом следующих один за другим болевых приступов, замедленными процессами репарации (затянувшимся обратным развитием изменений на ЭКГ и резорбционно-некротического синдрома).

Рецидивирующий ИМ — это вариант болезни, при котором новые участки некроза возникают в сроки от 72 ч до 8 нед после развития ИМ, т. е. до окончания основных процессов рубцевания (появление новых очагов некроза в течение первых 72 ч — расширение зоны ИМ, U не рецидив его).

Развитие повторного ИМ не связано с первичным некрозом миокарда. Обычно повторный ИМ возникает в бассейнах других коронарных артерий в сроки, как правило, превышающие 2 мес. от начала предыдущего инфаркта.

Течение.



В течении ИМ выделяют ряд периодов.

Острейший период — I — время между возникновением ишемии участка миокарда (так называемая ишемическая стадия) и появлением признаков его некроза (от 30 мин до 2 ч).

Острый период — II — образуется участок некроза и миомаляции (продолжительность 10 дней; при затяжном и рецидивирующем течении дольше).

Подострый период — III — завершаются начальные процессы организации рубца (с 10-го дня до конца 4—8-й недели от начала заболевания).

Постинфарктный (послеинфарктный) период — IV — характеризуется увеличением плотности рубца и максимально возможной адаптацией миокарда к новым условиям функционирования сердечно-сосудистой системы (продолжается 2 — 6 мес с момента образования рубца).

Выделяют также продромальный период («предынфарктное состояние»), который характеризуется:

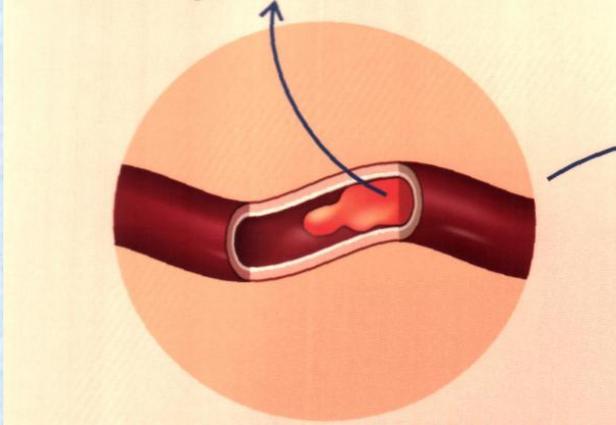
- а) стенокардией, впервые возникшей в течение ближайших 4 нед;
- б) увеличением частоты и усугублением тяжести приступов у больного со стабильной до того стенокардией;
- в) появлением стенокардии покоя у больного со стенокардией напряжения;
- г) так называемой вариантной стенокардией.

Этот период может продолжаться от нескольких часов до месяца.

Этиология.

Основная причина ИМ — атеросклероз коронарных артерий, осложненный тромбозом или кровоизлиянием в атеросклеротическую бляшку.

Бляшка в коронарной артерии
блокирует приток крови
к сердечной мышце



Факторы риска



Ожирение



Гипертония



Избыточное питания

Курение

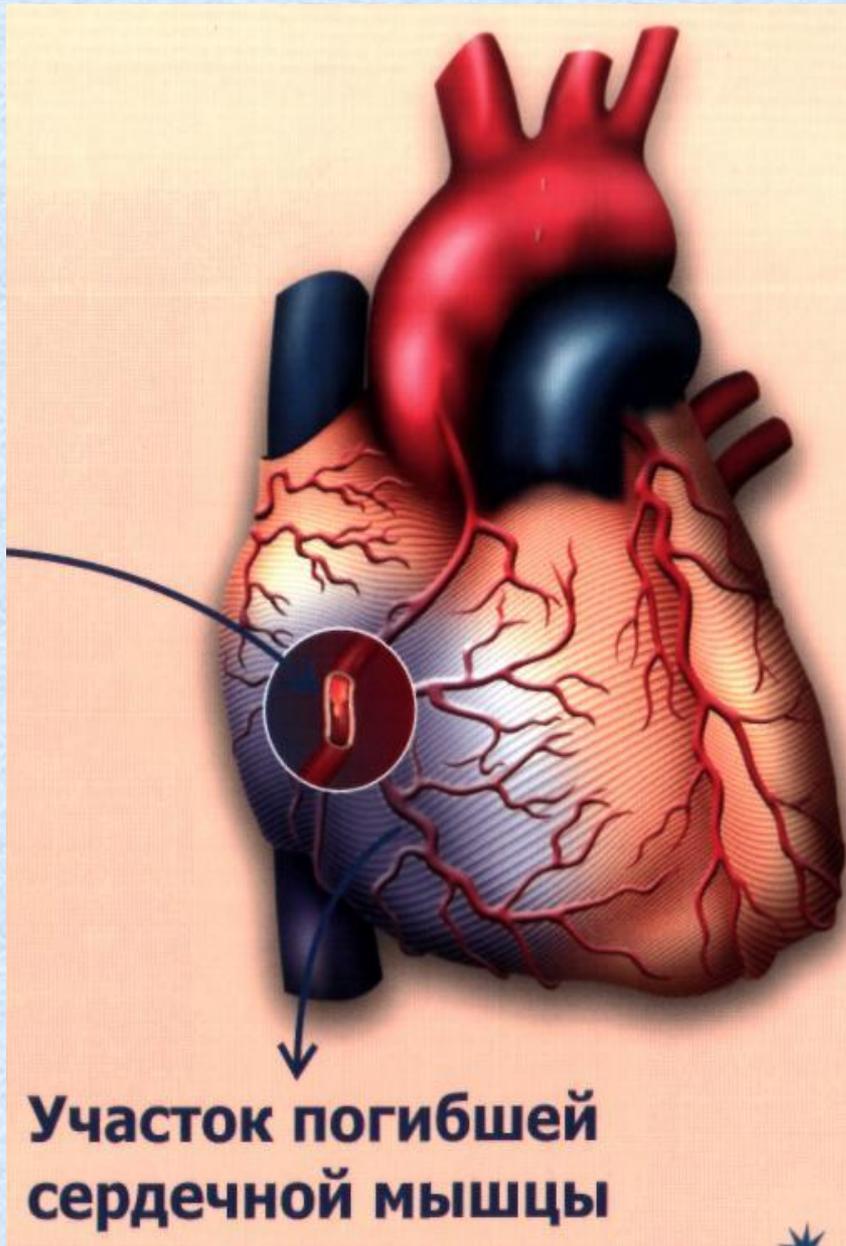


Алкоголь



- А также:
- Частое употребление кофе
 - Погодные и гелиографические факторы

Клиническая картина

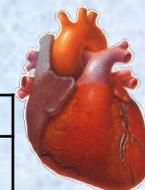


**Участок погибшей
сердечной мышцы**

Проявления ИМ определяются вариантом начала болезни, периодом течения и развитием тех или иных осложнений.

Типичная, или ангинозная, форма начала ИМ отличается интенсивным болевым синдромом с локализацией боли за грудиной, в области сердца, часто иррадирует в левую руку, плечо, лопатку, челюсть и т. д. Боль длительная, не купируется нитроглицерином, сопровождается холодным потом, страхом смерти.

Клинические варианты ИМ



Клинический вариант	Симптоматика
Болевой (status anginosus)	Основным проявлением является ангинозная боль, не зависящая от позы и положения тела, от движений и дыхания, устойчивая к нитратам; боль имеет давящий, душащий, жгущий или раздражающий характер с локализацией за грудиной, во всей передней грудной стенке с возможной иррадиацией в плечи, шею, руки, спину, эпигастральную область; характерны сочетание с гипергидрозом, резкой общей слабостью, бледностью кожных покровов, возбуждением, двигательным беспокойством
Абдоминальный (status gastralgicus)	Проявляется сочетанием эпигастральных болей с диспептическими явлениями — тошнотой, не приносящей облегчения рвотой, икотой, отрыжкой, резким вздутием живота; возможны иррадиация болей в спину, напряжение брюшной стенки и болезненность при пальпации в эпигастрии
Атипичный болевой	Имеет атипичный характер по локализации (например, только в зонах иррадиации — горле и нижней челюсти, плечах, руках и т. д.) и/или по характеру
Астматический (status astmaticus)	Единственным признаком является приступ одышки — проявление острой застойной сердечной недостаточности (сердечная астма или отек легких)
Аритмический	Нарушения ритма служат единственным клиническим проявлением или преобладают в клинической картине
Цереброваскулярный	В клинической картине преобладают признаки нарушения мозгового кровообращения (чаще динамического): обморок, головокружение, тошнота, рвота; возможно появление очаговой неврологической симптоматики
Малосимптомный (бессимптомный)	Наиболее сложный для распознавания вариант, нередко диагностируемый только ретроспективно по данным ЭКГ



Перечень вопросов, обязательных при анализе болевого синдрома в случае подозрения на острый ИМ

Вопрос	Примечание
<p>Когда начался приступ?</p> <p>Сколько времени длится приступ?</p> <p>Были ли попытки купировать приступ нитроглицерином?</p> <p>Зависит ли боль от позы, положения тела. движений и дыхания?</p> <p>Были ли аналогичные приступы в прошлом?</p> <p>Возникали ли приступы (боли или удушья) при физической нагрузке (ходьбе), заставляли ли они останавливаться, сколько они длились (в минутах), как реагировали на нитроглицерин?</p> <p>Напоминает ли настоящий приступ ощущения, возникающее при физической нагрузке, по локализации или характеру болей?</p>	<p>Желательно определить как можно точнее Менее 15, 15-20 или более 20 мин.</p> <p>Был ли хотя бы кратковременный эффект</p> <p>При коронарогенном приступе не зависит</p> <p>Аналогичные приступы, не завершившиеся ИМ, требуют дифференциальной диагностики с нестабильной стенокардией и некардинальными причинами.</p> <p>Наличие стенокардии напряжения делает весьма вероятным предположение об остром ИМ</p> <p>По интенсивности и сопровождающим симптомам приступ при ИМ обычно более тяжелый, чем при стенокардии напряжения</p>

Наибольшая достоверность локализации ИМ по данным ЭКГ

Тип ИМ по локализации	Отведения										
	Стандартные					Грудные					
	I	II	III	aVL	aVF	I	II	III	IV	V	VI
Перегородочный					+	+					
Переднеперегородочный			+	+	+	+					
Передний							+	+			
Распространенный передний	+			+		+	+	+	+	+	+
Переднебоковой	+			+						+	+
Боковой										+	+
Высокий боковой	+			+							
Заднебоковой		+	+		+				+	+	+
Заднедиафрагмальный		+	+		+						
Заднебазальный						+	+				



Ведение больных на догоспитальном

этапе

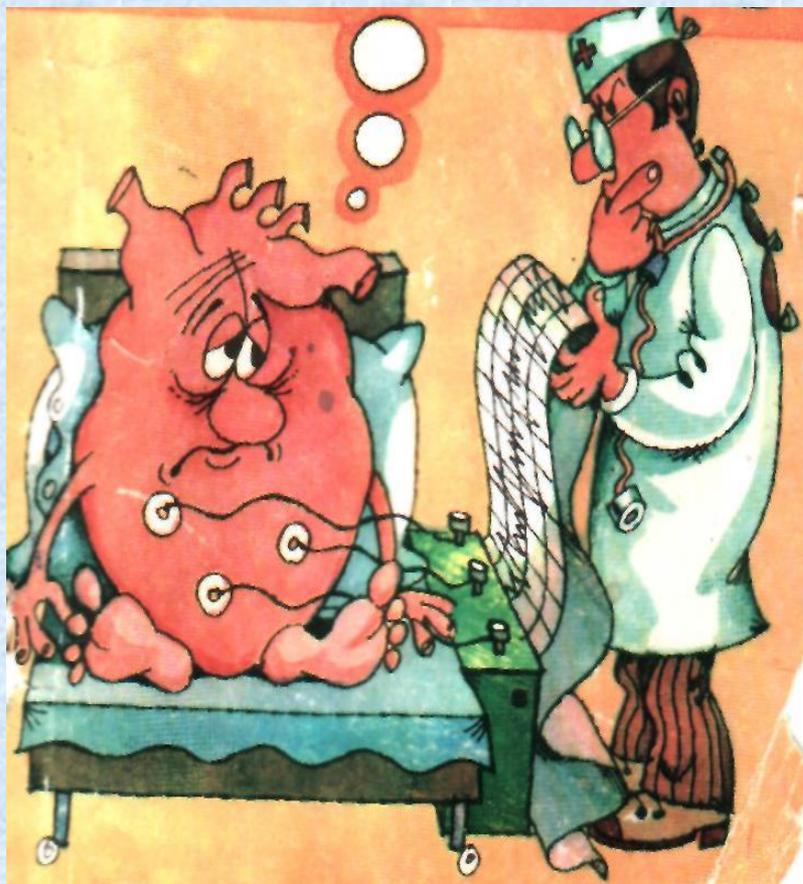
Больной с подозрением на острый ИМ подлежит обязательной ранней госпитализации.

Больного переносят в транспортное средство на носилках; в домах с узкими лестницами — на стуле, несколько запрокинутом назад. Транспортировку в стационар осуществляют в положении лежа, больных с признаками левожелудочковой недостаточности (удушье, клочущее дыхание) — с приподнятым головным концом.

Неотложные мероприятия в острой стадии неосложненного ИМ направлены на купирование болевого синдрома, уменьшение работы сердца и потребности миокарда в кислороде, ограничение размеров ИМ, лечение и профилактику его осложнений.

На догоспитальном этапе препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ИМ является морфин. Препарат вводят внутривенно (в/в) дробно: 1 мл 1% раствора разводят изотоническим раствором натрия хлорида до 20 мл (1 мл содержит 0,5 мг активного вещества) и вводят по 2-5 мг каждые 5—15 мин до полного устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (артериальной гипотензии, угнетения дыхания, рвоты). Суммарная доза не должна превышать 10-15 мг (1—1,5 мл 1% раствора) морфина.

Для профилактики и купирования тошноты и рвоты рекомендуют в/в введение 10—20 мг метоклопрамида (церукал, реглан). При выраженной брадикардии показано использование атропина в дозе 0,5 мг (0,5 мл 0,1 % раствора): в/в; терапию артериальной гипертензии проводят по общим принципам коррекции гипотензии при ИМ.



Лечение.

Лечебные мероприятия при ИМ складываются из системы организационных и терапевтических мероприятий.

Организационные мероприятия включают:

- оказание врачами специализированной бригады скорой помощи «на месте» высококвалифицированного лечения;
- возможно раннюю госпитализацию больного;
- наблюдение за больным в острый период в палате интенсивной терапии;
- систему восстановительного лечения (реабилитация).

Терапевтические мероприятия (медикаментозные и немедикаментозные) проводятся с учетом стадии ИМ, выраженности и характера осложнений.

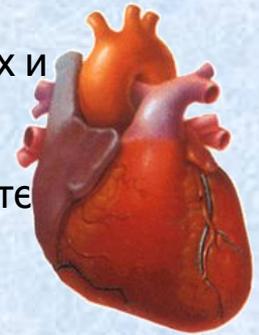
Немедикаментозная терапия (режим, диета, ЛФК) назначается индивидуально в зависимости от состояния и тяжести течения ИМ.

Основными направлениями *медикаментозной терапии* острого периода ИМ являются:

1. Купирование болевого синдрома.
2. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия.
3. Профилактика и купирование нарушений ритма сердца.
4. Лечение осложнений.

1. Наиболее эффективный метод борьбы с ангинозным приступом — нейролептаналгезия: сочетание нейролептических средств (1 — 2 мл 0,25% раствора дроперидола) с обезболивающими (1—2 мл 0,005% раствора фентанила) внутривенно или внутримышечно. Кроме того, используется наркоз закисью азота с кислородом, при необходимости — наркотические анальгетики (морфин, пантопон, промедол).

Обезболивающий эффект оказывают гепарин и фибринолизин, вводимые в это же время





2. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия проводится с целью:

- а) ограничения начавшегося тромбоза;
- б) профилактики нового тромбоза;
- в) предотвращения тромбоэмболических осложнений.

При отсутствии противопоказаний (кровотечения, язвенная болезнь) в первые сутки (1 — 3-й день) вводят внутривенно капельно *фибринолизин* 20000-40000 ЕД в сочетании с 10000-15 000 ЕД *гепарина* однократно.

Далее гепарин вводят в течение 3 — 4 сут (при затяжном течении, тромбоэмболиях — до 7 сут) каждые 6 ч под контролем свертываемости крови. В последний день введение сочетают с назначением антикоагулянтов непрямого действия (фенилина 0,03 г 3—4 раза в день, пелентана 0,2 г 3 раза в день и др.).

Антикоагулянты непрямого действия принимаются длительно, дозу снижают, когда больной начинает ходить.

3. С учетом возникновения желудочковой экстрасистолии, тахикардии у подавляющего большинства больных в первые сутки внутривенно вводят лидокаин 75 мг струйно, с интервалом в 5—10 мин дважды повторяют струйное введение по 50 мг, затем переходят на капельное введение препарата со скоростью 1—2 мг в минуту.

4. Терапия осложнений ИМ определяется их характером и выраженностью. Лечение проводят с учетом формы шока и гемодинамических параметров.

При угрозе тромбоэмболических осложнений к антикоагулянтам добавляют *антиагрегантные* препараты (8 — 10 таблеток курантила в день).

Симптоматическое лечение седативными, снотворными, слабительными средствами проводится по показаниям.

В комплексном лечении больных ИМ, особенно в подостром и постинфарктном периодах, важно проведение восстановительной терапии — реабилитация больных (ЛФК, гимнастика), как физической, так и психологической. Реабилитационные мероприятия в дальнейшем проводятся в санаторно-курортных условиях или в специализированных реабилитационных отделениях.

Прогноз. Прогноз заболевания серьезный, вплоть до летального исхода; ухудшается с развитием осложнений.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА



Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) включает формы заболевания, протекающие хронически: стабильную стенокардию, диффузный атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз.

Этиология. Основной причиной развития болезни является атеросклероз коронарных артерий. Значительно реже приступы стенокардии возникают при неизмененных коронарных артериях. К числу факторов, способствующих развитию болезни, следует отнести функциональную перегрузку сердца, гистотоксический эффект катехоламинов, изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови, недостаточное развитие коллатерального кровообращения.

Стенокардия



Клинические проявления стенокардии выражаются острой приступообразной болью в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левое плечо, руку, шею, челюсть. Может отмечаться атипичная иррадиация боли в правую лопатку, руку, ноги, в эпигастральную область. Боль сопровождается чувством страха, ощущением беспокойства.

Приступ стенокардии обычно непродолжительный (3-5 минут), иногда до 20 минут. Он купируется после приема нитроглицерина под язык через 1-2 минуты или при прекращении физической нагрузки. Принято выделять 4 функциональных класса стабильной стенокардии:

I функциональный класс — приступ возникает при интенсивной нагрузке,

II класс — приступ возникает при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице на высокий этаж,

III класс — приступ возникает при обычной ходьбе по ровному месту, подъеме на первый этаж,

IV класс приступ может возникать при ходьбе в медленном темпе по ровному месту на расстоянии до 100 метров.

Следует выделить впервые возникшую стенокардию при появлении первых симптомов у больного в течение месяца. Исходы впервые возникшей стенокардии могут быть различными: от внезапной смерти до развития инфаркта миокарда, до стабилизации стенокардии и даже регресса симптомов, иногда на долгие годы. Следует выделить спонтанную стенокардию, которая наиболее полно была описана Принцметаллом в 1959 году. В более тяжелых случаях вариантов стенокардии боль возникает в покое и имеют большую интенсивность. На кардиограмме в каком-либо из отведений наблюдается значительный подъем сегмента S-T. У таких больных развитие инфаркта миокарда значительно повышено. Во многих случаях наблюдается сочетание вариантной стенокардии со стенокардией напряжения. Изменения кардиограммы в момент приступа варьирует по выраженности от небольшого смещения сегмента S-T в легких случаях до подъема его, иногда даже с формированием монофазной кривой, свойственной инфаркту миокарда. Изменения комплекса QRS не наблюдаются. Если инфаркт миокарда не развивается, то кардиограмма довольно быстро нормализуется.

Диагноз ИБС ставится на основании клинических данных и результатов дополнительных исследований. Это электрокардиограмма в покое, при физической нагрузке, векторокардиография, показатель липидного обмена, коронарография и велоэргометрия. При стенокардии на кардиограмме могут отсутствовать изменения или проявляться признаки ухудшения питания субэндокардиальных областей левого желудочка в виде снижения интервала S-T и инверсии

зубца T. Менее типичными являются появления заостренных высоких зубцов T или приходящих нарушений ритма сердца.

ЛЕЧЕНИЕ

Из лекарственных средств наиболее часто применяют бета-адреноблокаторы, нитраты и антагонисты кальция. Бета-адреноблокаторы уменьшают симпатическую активность, приводят к снижению потребности миокарда в кислороде. Пропраналол (аиаприлии) назначают с малых доз, обычно по 10-20 мг 3-4 раза в день. При хорошей переносимости дозу увеличивают до 40 мг на прием, в некоторых случаях до 80 мг. Неселективные адреноблокаторы нельзя применять у больных бронхиальной астмой. К селективным адреноблокаторам относится препарат карданум. Как селективные, так и неселективные бета-адреноблокаторы не следует назначать при выраженной брадикардии, при синдроме слабости синусового узла, предсердно-желудочковой блокаде II-III степени, выраженной застойной сердечной недостаточности.

Из нитратов самым распространенным препаратом для купирования приступов стенокардии является нитроглицерин. Он выпускается в виде таблеток, содержащих 0,5 мг 1-процентного спиртового раствора. При сублингвальном применении препарат растворяется через 40-60 секунд и оказывает почти моментальное действие в течение 5-10 минут.

Широко используют препараты пролонгированного действия. Это препарат эринит. При приеме внутрь эффект наступает через 30-40 минут и продолжается 4-5 часов. Эринит выпускается в таблетках по 0,01-0,02 г. Курс лечения — 3-4 недели.

Препарат нитросорбит, сходен по механизму действия с эринитом, однако действует более продолжительно. Выпускается в таблетках по 5-10 мг. Курс лечения 2-3 недели.



Наиболее эффективны из группы препаратов пролонгированного действия: сустак-митэ — по 2,6 мг, сустак-фортэ — по 6,4 мг, которые применяются по 2-3 раза в день. Также помимо препаратов для приема внутрь (сустак, нитронг), препараты применяют в виде пленки, приклеиваемой на десну, или мазей, которые наклеиваются на кожу тела в виде пластыря или пленки. Отечественный препарат тринитролонг содержит 1,2 или 4 мг нитроглицерина.

При длительном применении нитратов иногда снижается чувствительность к ним. Необходим перерыв в 5-7 дней. В этот период можно назначить препараты других групп. Антагонисты кальция замедляют поступление кальция внутрь мышечных клеток, что приводит к снижению тонуса. Эти препараты показаны во всех вариантах стенокардии, особенно эффективны у больных ангиоспастического компонента и л вариантной стенокардии.

Самым популярным препаратом является нифедипин (коринфар, адалат, кордикет). Лечение начинают с доз по 10 мг 2-3 раза в день. При необходимости дозу увеличивают до 20 мг 3-4 раза в день. Побочные действия возникают редко. Так как коринфар оказывает гипотензивное действие, он показан при сочетании ИБС с гипертонической болезнью. Коринфар может рефлекторно учащать сердечные сокращения, антагонист кальция — веропамил (изонтин, финонтии) снижает частоту сердечных сокращений, угнетает проводимость сердца, обладает отрицательным изотропным действием. Обычно назначают его в дозе 80-120 мг 3 раза в день при контроле артериального давления, при отсутствии нарушений проводимости и брадикардии.

У больных со стенокардией

I функционального класса достаточной оказывается монотерапия бета-адреноблокаторами, нитратами или антагонистами кальция.

II функционального класса - сочетаются два препарата из разных групп,

III и IV функционального класса — три препарата.

При наличии стенокардии III и IV функциональных классов, плохо поддающихся лечению, целесообразно проведение коронарографии для уточнения показаний к аортокоронарному шунтированию. Аортокоронарное шунтирование показано у больных, у которых при коронарографии выявлен стеноз основного ствола левой коронарной артерии или окклюзии проксимальных отделов 2-х или 3-х коронарных артерий. У больных с выраженной сердечной недостаточностью операция представляет высокий риск. Также применяется баллонодилатация коронарных артерий, которую проводят с поражением одной или двух крупных коронарных артерий, если стеноз имеет небольшую протяженность.



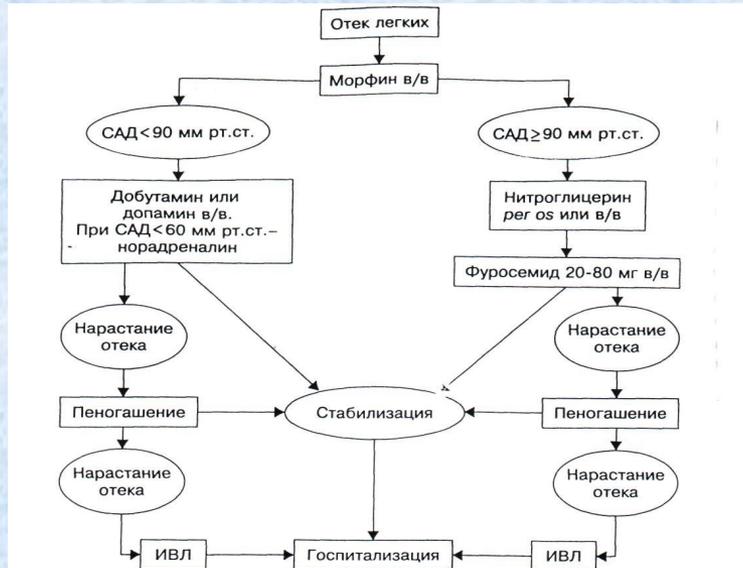
Осложнения ИБС



Левожелудочковая острая сердечная недостаточность

Основными признаками ОСН является одышка, положение ортопноэ, приступы удушья в ночное время, отеки при осмотре (также в анамнезе), тахикардия (100 уд. в мин.), набухание шейных вен, влажные хрипы в легких. В анамнезе необходимо обращать внимание (на ночную симптоматику) больные спят с приподнятым изголовьем, просыпаются по ночам из-за чувства нехватки воздуха или приступа одышки. У больного развивается отек легких, гидроторакс, гидроперикард, асцит, анасарка, олигурия. При осмотре цианоз, расширение яремных вен. На ЭКГ увеличение полостей сердца, снижение сократительной функции миокарда, гипертрофия левого желудочка левого предсердия, может быть блокада левой ножки пучка Гиса, изменение по сегменту ST и зубцу T, признаки перегрузки левого предсердия.

Алгоритм оказания неотложной помощи при левожелудочковой ОСН





Кардиогенный шок

В основе развития кардиогенного шока лежит нарушение сократительной функции левого желудочка сердца. Уменьшение ударного, минутного объема сердца сопровождается снижением артериального давления. К основным критериям кардиогенного шока можно отнести: периферические признаки шока – бледность кожных покровов, холодный пот, цианоз, спавшиеся вены, мраморный рисунок кожи с бледными краплениями на цианотичном фоне, резко падает артериальное давление 80 мм рт. ст. и ниже диастолическое не определяется. Может быть пульсовое давление до 25-20 мм рт. ст. Кардиогенный шок может развиваться на фоне субнормальной и даже нормальных цифр артериального давления, как правило у больных гипертонической болезнью.

Алгоритм оказания неотложной помощи при кардиогенном шоке



Профилактика ИБС



Первичная

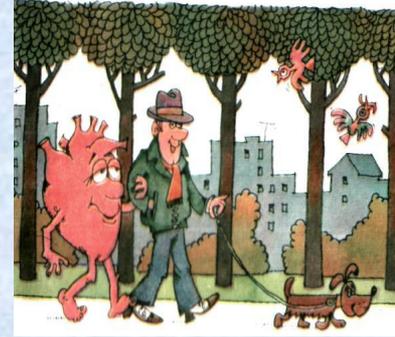
это выявление и предупреждение ИБС у лиц без клинических признаков заболевания, но имеющих те или иные факторы риска

Вторичная

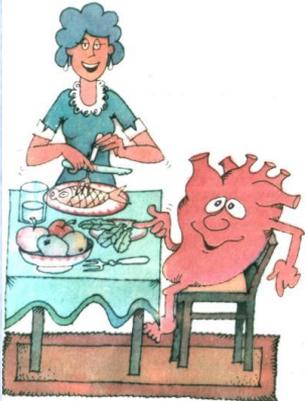
включает комплекс мероприятий по предупреждению прогрессирования осложнений ИБС на фоне имеющейся клинической картины

Основой профилактики является соблюдение правильного режима жизни, достаточная физическая активность.

Борьба с гиподинамией



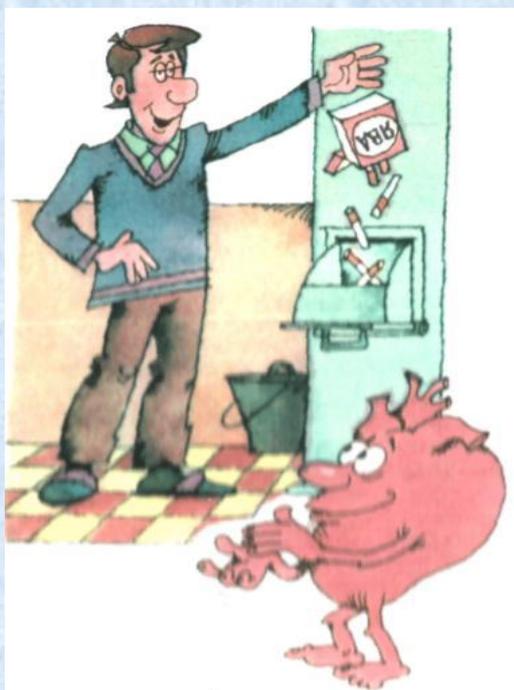
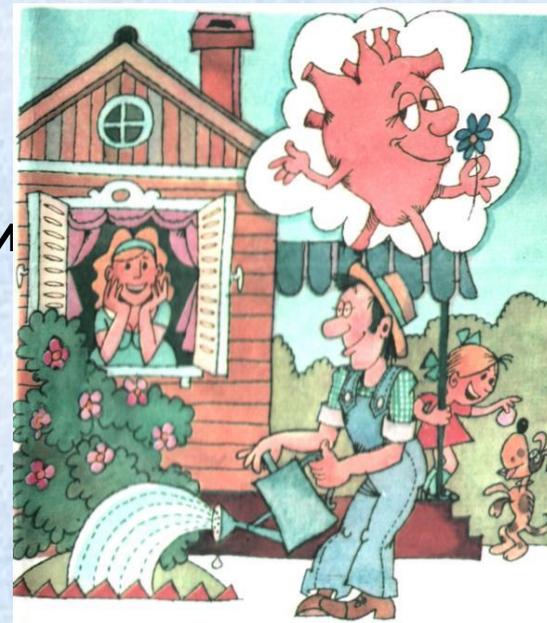
Соблюдение диеты



Профилактика ожирения



Повышение физической активности



Отказ от курения

Образ жизни и задачи лечения больных с ИБС или другими атеросклеротическими заболеваниями, а также здоровых лиц с высоким риском ИБС

<p>Вторичная профилактика</p> <p>Больные с ИБС или другими атеросклеротическими заболеваниями</p>	<p>Первичная профилактика</p> <p>Здоровые с высоким риском ИБС. Абсолютный риск ИБС $\geq 20\%$ в течение 10 лет или превышает 20% к 60 годам.</p>
<p>Образ жизни</p> <p>Прекратить курение, употреблять здоровую пищу, быть физически активным и достичь идеальной массы тела.</p>	
<p>Другие факторы риска</p> <p>АД < 140/90 мм рт. ст.</p> <p>Уровень общего холестерина крови < 5.0 ммоль/л (190 мг/дл) и холестерина ЛПНП < 3.0 ммоль/л.</p> <p>Если эти факторы риска не устранены изменением образа жизни, следует применить препараты, снижающие АД и уровень холестерина.</p>	
<p>Другое профилактическое медикаментозное воздействие</p>	
<p>Ацетилсалициловая кислота (не менее 75 мг) всем больным с ИБС, а также при мозговом атеросклерозе и атеросклерозе периферических артерий.</p> <p>β-блокаторы перенесшим инфаркт миокарда.</p> <p>Ингибиторы АПФ больным с сердечной недостаточностью в период острого инфаркта миокарда или с хронической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса < 40%).</p> <p>Антикоагулянты больным с ИБС при наличии показаний.</p>	<p>Ацетилсалициловая кислота (75 мг) всем больным с артериальной гипертензией и мужчинам с высоким риском ИБС</p>
<p>Скрининг близких родственников</p>	
<p>Скрининг близких родственников больных с ранним развитием ИБС (мужчины < 55 лет, женщины < 65 лет).</p>	<p>Скрининг близких родственников при подозрении на наследственный характер гиперхолестеринемии или других дислипидемий</p>

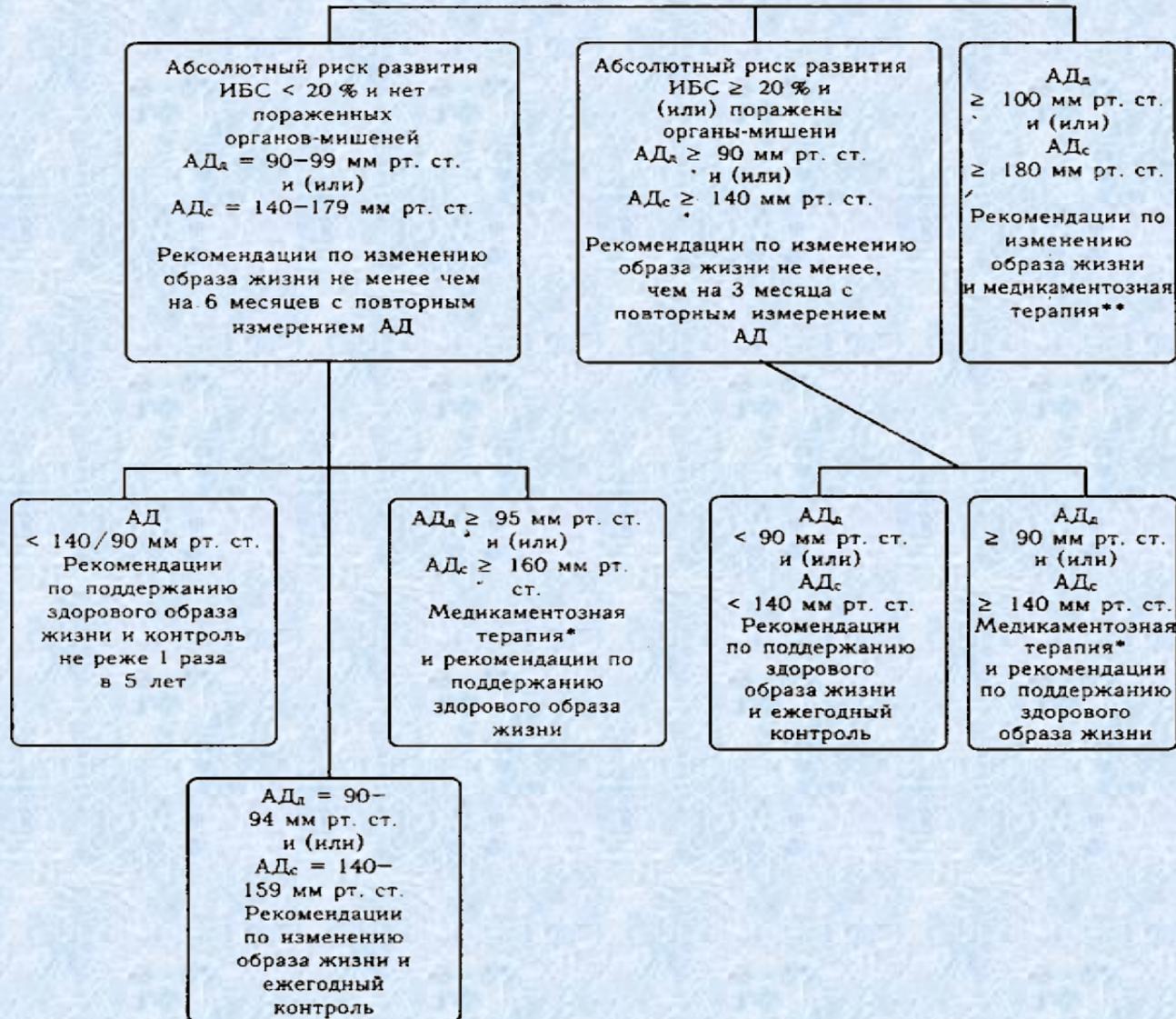
Содержание глюкозы в крови

И при первом и при втором типах диабета степень гипергликемии связана с повышением риска атеросклеротических заболеваний.

При любой выраженности таких факторов риска как курение, повышенные АД и липиды плазмы абсолютный риск возникновения ИБС у больных сахарным диабетом много выше, чем у сопоставимых лиц, не имеющих диабета.

Первичная профилактика. Рекомендации по регулированию артериального давления

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ АД

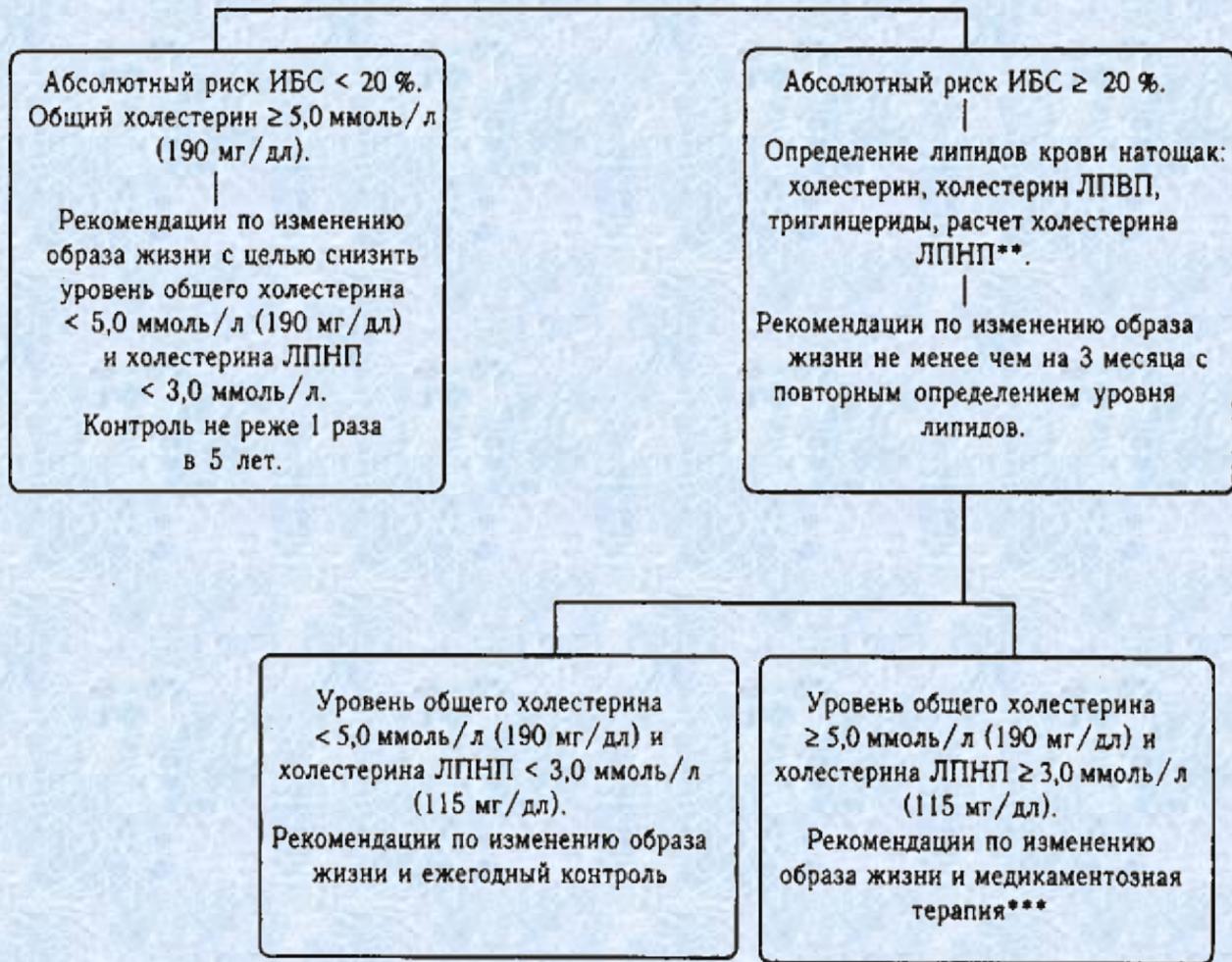


* Высокий риск ИБС ≥ 20% в течение 10 лет или превышает 20% к 60 годам.

** Исключите возможность вторичной гипертензии. При необходимости обратитесь к специалисту.

Первичная профилактика. Рекомендации по нормализации уровня липидов

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ЛИПИДОВ



* Высокий риск ИБС $\geq 20\%$ в течение 10 лет или превышает 20% к 60 годам.

** Холестерин ЛПВП < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл), а триглицериды натощак > 2,0 ммоль/л (180 мг/дл) — маркеры высокого риска ИБС.

*** Имейте в виду возможность генетически детерминированных гиперлипидемий [общий холестерин обычно > 8,0 ммоль/л (выше 300 мг/дл), стигмы гиперлипидемий, ранняя ИБС в семейном анамнезе] и возможность вторичных гиперлипидемий при ожирении, сахарном диабете, алкоголизме, гипотиреозе, заболеваниях печени и почек. При необходимости обратитесь к специалисту.

ЛПНП — липопротеиды низкой плотности.

Проблема ИБС решена



ДИАГРАММА РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ИБС

Первичная профилактика ишемической болезни сердца (ИБС)

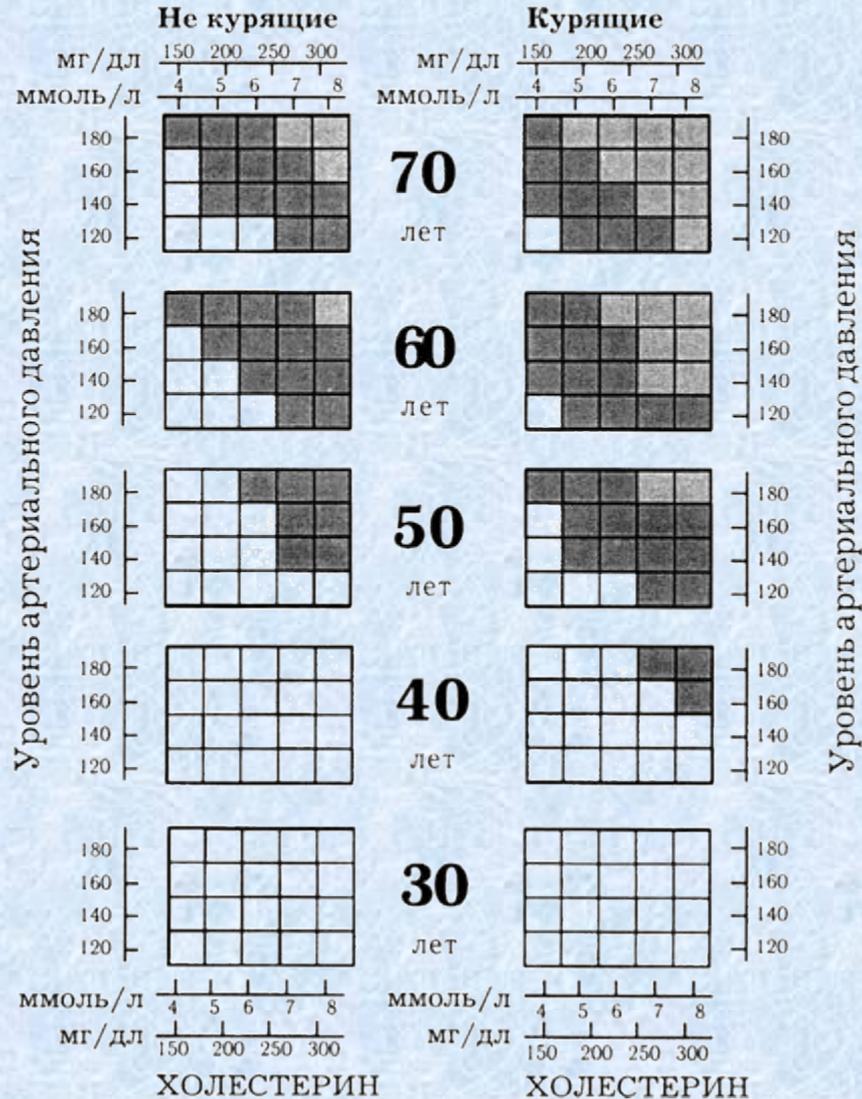


ЖЕНЩИНЫ

риск ИБС

УРОВЕНЬ РИСКА

Очень высокий		Более 40 %
Высокий		20-40 %
Средний		10-20 %
Умеренный		5-10 %
Низкий		Менее 5 %



Как применять диаграмму коронарного риска для первичной профилактики

Диаграмма для оценки коронарного риска ИБС для лиц, не имеющих проявлений ИБС или других атеросклеротических заболеваний. Больные с ИБС уже относятся к группе высокого риска, и чтобы снизить риск, требуется интенсивное изменение образа жизни и лекарственная терапия.

Для оценки абсолютного риска ИБС на ближайшие 10 лет найдите в таблице пол, возраст и курение пациента. В таблице выберите ячейку с наиболее близкими показателями уровня общего холестерина (в ммоль/л или мг/дл) и систолического АД.

Влияние возраста на факторы риска показано на следующей таблице вверху. Эти данные используют при консультации молодых пациентов.

Лица с высоким риском ИБС определяются как те, у кого в течение 10 лет он достигнет 20 % или превысит 20 % к 60 годам.

Риск ИБС выше, чем указан в диаграмме, *для* тех пациентов, у кого выявлены:

- наследственная гиперлипидемия;
- сахарный диабет: риск удвоен у мужчин, и еще выше у женщин;
- ранние сердечно-сосудистые заболевания в семье;
- низкий холестерин ЛПВП. Таблицы допускают холестерин ЛПВП 1,0 ммоль/л (39 мг/дл) для мужчин и 1,1 ммоль/л (43 мг/дл) для женщин;
- уровень триглицеридов > 2,0 ммоль/л (180 мг/дл);
- приближение к следующему возрастному рубежу.

Чтобы рассчитать относительный риск пациента, сравните его уровень риска с уровнем риска других людей. Абсолютный уровень риска, указанный здесь, может отличаться от риска для всей популяции, особенно у лиц с низкой частотой ИБС. Однако эти показатели относительного риска применимы к большинству людей.

Влияние изменения общего уровня холестерина, АД и отказа от курения можно рассчитать по данной диаграмме.

Проверь себя

Выбери один правильный ответ:

1. Заболевание сердечно - сосудистой системы, являющееся одной из основных причин смертности среди населения
а) *гипертоническая болезнь* б) *ишемическая болезнь сердца*
в) *пороки сердца* г) *ревматизм*
2. Основная причина ишемической болезни сердца
а) *атеросклероз коронарных артерий* б) *гипертоническая болезнь*
в) *пороки сердца* г) *ревматизм*
3. Снимающая загрудинная боль, иррадиирующая под левую лопатку, продолжительность 5-10 мин, наблюдается при
а) *инфаркте миокарда* б) *ревматическом эндокардите*
в) *ревматическом миокардите* г) *стенокардия*
4. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое
а) 1 б) 2
в) 3 г) 4
5. При приступе стенокардии мед. сестра рекомендует аэрозольную форму нитроглицерина
а) *нитронг* б) *нитроскорбид*
в) *нитрогранулонг* г) *нитроминт*
6. При приступе стенокардии мед. сестра применяет нитрат короткого действия
а) *нитроглицерин* б) *сустак-мите*
в) *сустак-форте* г) *эринит*
7. Потенциальная проблема пациента при приеме нитроглицерина
а) *головная боль* б) *лихорадка*
в) *кожный зуд* г) *асцит*
8. При лечении стенокардии используются
а) *нитраты, бета-адреноблокаторы* б) *анальгетики, наркотики*
в) *гипотензивные, диуретики* г) *ганглиоблокаторы, диуретики*
9. При приступе стенокардии характерно
а) *боль за грудиной сжимающего характера* б) *боль в области сердца колющего характера*
в) *боль в грудной клетке усиливающаяся при движении* г) *ноющая боль в области сердца*
10. Длительность болевого приступа при стенокардии
а) *до 20 мин* б) *до 1 часа*
в) *до 2 часов* г) *до 3 часов*

11. Приоритетная проблема пациента при ангинозной форме инфаркта миокарда
а) головная боль б) загрудинная боль
в) отеки на ногах г) сердцебиение
12. Типичная форма инфаркта миокарда
а) абдоминальная б) ангинозная
в) астматическая г) безболевая
13. Приоритетная проблема пациента при астматической форме инфаркта миокарда
а) загрудинная боль б) приступ удушья
в) боль в животе г) головная боль
14. Появление на фоне инфаркта миокарда у больного удушья и обильной пенистой мокроты является проявлением
а) крупозной пневмонией б) кровохарканье
в) легочное кровотечение г) отека легкого
15. Показания для кровопускания
а) анемия б) коллапс
в) обморок г) отек легкого
16. При записи ЭКГ на правую руку накладывается электрод
а) зеленый б) желтый
в) красный г) черный
17. В первые дни мед. сестра контролирует соблюдение больным инфарктом миокарда режима
а) строго постельного б) постельного
в) полупостельного г) амбулаторного
18. Больному инфарктом миокарда необходима госпитализация
а) в первые часы заболевания б) на 2-е сутки заболевания
в) на 3-е сутки заболевания г) на 4-е сутки заболевания
19. В комплексе лечения больных с ИБС рекомендуют лечебные столы
а) 15 б) 1
в) 10 г) 8
20. Медикаментозная терапия больных с инфарктом миокарда включает
а) нитраты, сосудорасширяющие, антикоагулянты б) мочегонные, седативные и гипотензивные средства
в) сосудорасширяющие, седативные средства г) антигистаминные, мочегонные
21. Для инфаркта миокарда характерно:
а) острая ишемия сердечной мышцы
б) острый некроз сердечной мышцы
в) острое кислородное голодание сердечной мышцы

- 22 Антикоагулянтная терапия при инфаркте миокарда осуществляется препаратом
- а) фибринолизин в\в капельно
 - б) клофелин в\в капельно
 - в) гепарин в\в капельно
 - г) галоперидол в\в капельно
- 23 Рубцевание очага некроза при инфаркте миокарда-это:
- а) стенокардия покоя
 - б) постинфарктный кардиосклероз
 - в) аневризма сердца
 - г) аритмия сердца
- 24 Основной симптом инфаркта миокарда:
- а) нарушение сердечного ритма
 - б) болевой приступ в области сердца и за грудиной
 - б) приступообразная одышка инспираторного характера
 - г) боли в левой руке
- 25 Для кардиогенного шока характерно. кроме:
- а) снижение сократительной функции миокарда
 - б) холодные, бледные кожные покровы
 - в) холодный липкий пот
 - г) нарушение сознания
 - д) подъем АД.
- 26 Для острого инфаркта миокарде, характерно изменение на ЭКГ:
- а) подъем и увеличение зубца Р
 - б) увеличение зубца R
 - в) подъем сегмента ST
 - г) подъем сегмента PQ
- 27 К осложнениям инфаркта миокарда относятся - кроме:
- а) кардиогенный шок
 - б) острая пневмония
 - в) левожелудочковая недостаточность
 - г) нарушение сердечного ритма
- 28 При осмотре больного инфарктом миокарда определяется. кроме:
- а) частый, неритмичный пульс
 - б) снижение АД
 - в) усиление сердечных тонов
 - г) холодный пот на лбу
- 29 Начало инфаркта миокарда может проявиться в виде:
- а) интенсивных болей за грудиной не снимающихся нитроглицерином
 - б) приступа удушья
 - б) острого нарушения сердечного ритма
 - г) всех описанных синдромов
 - д) только а) и б)
- 30 В отличие от стенокардии боль при инфаркте миокарда..
- а) интенсивнее и через 5 мин. после приема нитроглицерина
 - б) интенсивнее и не снимается приемом нитроглицерина
 - в) интенсивнее и снимается только приемом валидола
- 31 Основной причиной кардиогенного шока является:
- а) снижение АД
 - б) сильные боли в области сердца
 - в) снижение сократительной функции сердечной мышцы
 - г) учащение сердечного ритма
- 32 В анализе крови для острого инфаркта миокард характерно, кроме:
- а) повышение количества лейкоцитов
 - б) уменьшение количества эритроцитов
 - в) увеличение СОЭ
- 33 Болевой синдром при инфаркте миокарда лучше снимается:
- а) анальгин 50%-2,0+димедрол 1% - 1,0 в/м; в/в
 - б) промедол 2% - 1,0 в/м; в/в
 - в) баралгин 5,0 + реланиум 2,0 в/м; в/в
- 34 Инфаркты миокарда по величине очага повреждения бывают. кроме:
- а) мелкоочаговый
 - б) среднеочаговый
 - в) крупноочаговый
35. Причиной инфаркта миокарда является:
- а) резкое сужение сердечной артерии
 - б) тромбоз сердечной артерии
 - в) спазм сердечной артерии
 - г) все перечисленные
 - д) только а) и б)
- 36 Чаще инфаркт миокарда поражает:
- а) левое предсердие
 - б) правый желудочек
 - в) левый желудочек
 - г) правое предсердие

**ИБС, стенокардия.
Установите соответствие:**

Функциональный класс стенокардии	Характеристика
1. III ф.кл 2. IV ф.кл	А) приступы стенокардии возникают только при интенсивных нагрузках Б) приступы стенокардии при небольших физических нагрузках и в покое В) приступы стенокардии возникают при ходьбе на расстоянии 100-500м и подъем на один этаж.

Задача №1

Медсестру вызвали к больному 55-ти лет, предъявляющему жалобы на боль за грудиной с иррадиацией в левое плечо, левую руку, при движении. Больной несколько бледен, щадит грудную клетку.

Пульс 79 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 140/80 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту.

Задание:

1. Определите нарушенные потребности.
2. Какие методы диагностики помогут установить диагноз.

Задача № 2

В медпункт обратился мужчина 62 лет, у которого после нервного перенапряжения час назад возник приступ жгучей боли за грудиной, которая купируется нитроглицерином.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, пульс 60 уд./мин, АД 160/100 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы.

Задача № 3

Мужчина 56 лет, на улице почувствовал боль в эпигастральной области. Дважды была рвота съеденной пищей. Больного доставили в инфекционное отделение больницы и промыли желудок, к концу этой процедуры боли переместились за грудину и влево от нее. Появилась экстрасистолия.

На ЭКГ - изменение комплекса QRS и зубца Т.

Задание:

1. Определите вариант инфаркта миокарда и обоснуйте ответ.
2. Выявите нарушенные потребности и определите проблему пациента.
3. Окажите неотложную помощь

Задача № 4

Мужчина 48 лет, начальник цеха, после беседы с директором завода вышел из кабинета и потерял сознание. После окончания кратковременного обморока категорически отказался от госпитализации, пробыл около недели дома и вернулся к работе, но стал замечать одышку при быстрой ходьбе и подъеме по лестнице. На ЭКГ через месяц - крупноочаговый инфаркт миокарда.

Задание:

1. Выясните удовлетворение каких потребностей нарушено и определите проблемы пациента.
2. Определите вариант течения инфаркта миокарда.

Задача № 5

Медсестру пригласили к соседу 40 лет у которого после занятия футболом появились головные боли, которые длятся около часа. Принимал цитрамон, парацетамол, но - шпу, боль не проходит. При обследовании состояние больного средней тяжести, заторможен, АД 90/60 мм рт ст, пульс 60 уд в мин, аритмичный, удовлетворительного наполнения.

Задание:

1. Определите и обоснуйте приоритетную проблему пациента, требующую неотложной помощи.
2. Определите вариант течения инфаркта миокарда.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с аргументацией каждого этапа.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ТАБЛИЦА С НЕНЫМИ ГРАФАМИ

Тема: «Сестринский процесс при ишемической болезни сердца»

ЗАДАНИЕ: Заполните графы таблицы

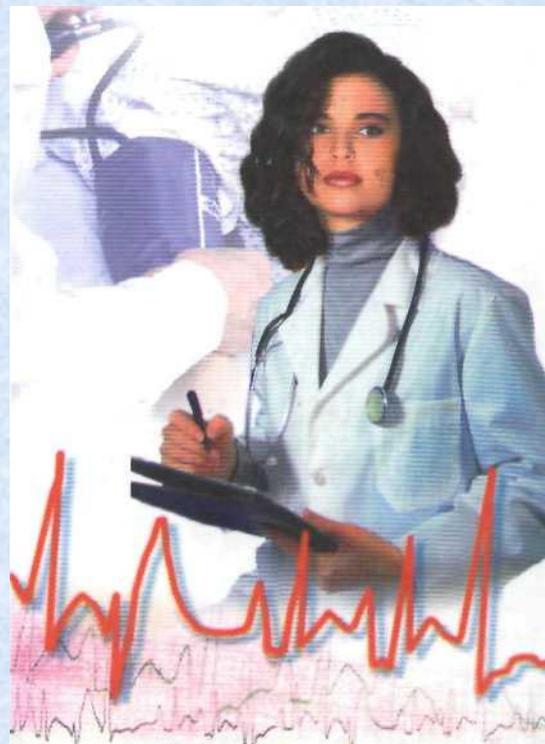
Признаки	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Характер болей		
Длительность болей		
Купирование болей		
Температура тела		
Данные пульса		
Данные ЭКГ		
Показатели АД		
Положение больного		
Показатели общего анализ крови		

“У меня ИБС”, -

так говорит сосед соседу

Что должен сделать человек, которому поставлен диагноз
Ишемическая болезнь сердца ?

1. Отказаться от курения, злоупотребления алкоголем, кофе.
2. Нормализовать режим питания: сместить на 1-ю половину дня основную часть суточных калорий. Для этого нужны: полноценные завтрак и обед. После 18.00 следует уменьшить потребление пищи.
3. Исключить из рациона продукты с высоким содержанием холестерина: холодец, яйца, сало, жирное мясо, сливочное масло, большое количество молока и пр.
4. Заменить в рационе сливочное масло на растительное, увеличить потребление овощей, рыбы.
5. Питаться чаще, но меньшими порциями.
6. Применять разгрузочные, постные и рыбные дни.
7. Не досаливать пищу, исключить соленья, консервы, ограничить копчёности, употреблять меньше специй, усиливающих аппетит.
8. Контролировать вес.
Индекс массы тела в норме = 25.
Расчет индекса: $\text{Индекс} = \text{Масса тела (кг)} / \text{Рост (м}^2\text{)}$
9. Ограничить алкоголь мужчинам до 50 мл (в пересчёте на чистый спирт) в день, женщинам до 30 мл.
10. Для питья использовать очищенную, фильтрованную воду, не злоупотреблять минеральными водами.
11. Ежедневно тренироваться физически (ходьба, утренняя гимнастика).



Памятка пациенту по профилактики ишемической болезни сердца



Больше движения!

Подвижный образ жизни подразумевает как упражнения типа пробежек, плавания, так и большую физическую активность в повседневной жизни, например, подъем пешком по лестнице, а не па лифте. У вас есть множество возможностей для того, чтобы больше двигаться, а наши советы помогут вам в этом.

- Старайтесь заниматься какими-нибудь физическими упражнениями не менее 30 минут практически каждый день (около 5 раз в неделю).
- Начинать постепенно, занимаясь один два раза в неделю, со временем увеличивая нагрузку.
- Если вам пока тяжело заниматься 30 минут непрерывно, вы можете заниматься 3 раза по 10 минут в течение дня, со временем увеличивая продолжительность занятия до 30 минут.
- Постепенно замедляйте темп в конце занятия, не останавливайтесь резко.
- Занимайтесь регулярно. Договоритесь о совместных занятиях с друзьями, тогда вы с большей вероятностью будете делать это регулярно.
- Должен пройти хотя бы час после еды, прежде чем вы сможете приступить к занятиям.
- Занимайтесь достаточно, чтобы слегка запыхаться и разогреть мышцы, вы не должны задыхаться.
- Если вы почувствуете боль, не терпите ее, прекратите заниматься.
- Если вы восстанавливаетесь после какой-либо болезни, у вас ослаблено общее состояние или проблемы с суставами, которые могут усугубиться при сильных нагрузках, посоветуйтесь с терапевтом. Сделайте это и в том случае, если вам более 40 лет (для



Памятка пациенту с ИБС

Салехард
2008.

Соблюдайте режим труда и отдыха!

Основные рекомендации по здоровому образу жизни обязательно включают в себя рекомендации по режиму труда и отдыха, продолжительности сна.

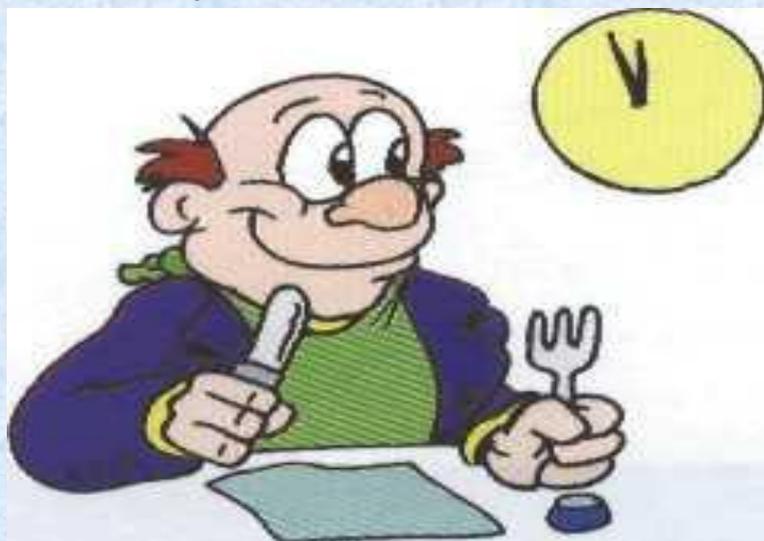
Обязательно переключайтесь на другие

Виды деятельности в период отдыха.

Начните свой день с зарядки; основные приемы пищи (завтрак, обед, ужин) должны быть регулярными, в одно и то же время (ужин не позднее, чем за 3-4 часа до сна).

Спите достаточно не менее 7 - 8 часов в сутки

Проводите как можно больше времени на свежем воздухе.



- Часто в нашем рационе слишком много жиров, соли, сахара и слишком мало грубой пищи, фруктов и овощей. Есть много способов для того, чтобы правильно питаться. Наши советы помогут вам улучшить вашу диету. Помните не стоит пытаться менять все кардинально, лучше начать с небольших перемен.

- Ешьте меньше животных жиров. Покупайте самое постное мясо, которое можете себе позволить. Удаляйте весь видимый жир и снимайте кожу с курицы.

- Используйте для готовки растительное масло (например, подсолнечное, кукурузное или оливковое) и мягкие (растительные) маргарины для бутербродов.

- Попробуйте регулярно есть рыбу (например, сельдь, скумбрию, сардины, тунца, включая консервированную рыбу) по крайней мере, раз в неделю.

- Съедайте не менее 500 грамм фруктов, овощей и бобовых (бобов, фасоли, чечевицы) в день.

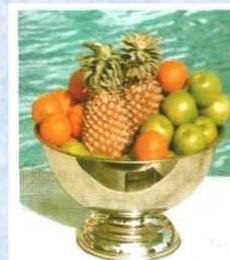
- Если есть возможность, выбирайте продукты из муки грубого помола.

- Ешьте меньше сахара, пирожных и других кондитерских изделий.

- Старайтесь выпивать полтора литра жидкости в день.

- Спиртное употребляйте умеренно (1 стакан вина, 50г. водки или 300 мл пива) в день.

- Избегайте употребления таких соленых продуктов, как копчености, сыр, других соленых закусок, а также сократите количество соли, которое вы добавляете в пищу при готовке и за столом. Замените соль травами и специями, чтобы еда не казалась безвкусной.



Использованная литература

- Верткин А.Л. к.м.н Городецкий В.В., Топонянский А.В. Диагностика и лечение на догоспитальном этапе. Медицинская помощь. Журнал № 1. 2016. С. 25-30
- Верткин А.Л., Тамибов О.Б. Неотложная терапия. 2015., № 5-6 с. 46-58
- Гавриков Н.А Сестринское дело в кардиологии. Теоретические и практические основы. Серия «Медицина для Вас». Ростов – на – Дону: Феникс, 2015 с. 352
- Климов А.Н., Б.М. Липовецкий Быть или не быть инфаркту. Млсква. Медицина. 2016
- Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Руководство к практическим занятиям. М.; Медицина. 2016 С. 448. (учеб. лист. Для студентов мед. институтов)
- Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. М., 2015