

Тема: Сестринский уход при инфаркте миокарда



- **Инфаркт миокарда** - это ишемический некроз участка сердечной мышцы, возникающий вследствие острого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным артериям.



- Классическое описание клинической картины инфаркта миокарда в трех его основных формах было впервые дано отечественными учеными-клиницистами Василием Парменовичем Образцовым и Николаем Дмитриевичем Стражеско, которые доложили свои наблюдения в 1909 году X Российскому съезду терапевтов.



Этиология.

- Основной причиной развития инфаркта миокарда является **атеросклероз коронарных артерий (97-98%)**;
- Значительно реже **спазм коронарных артерий**.



факторов риска, способствующих развитию инфаркта миокарда

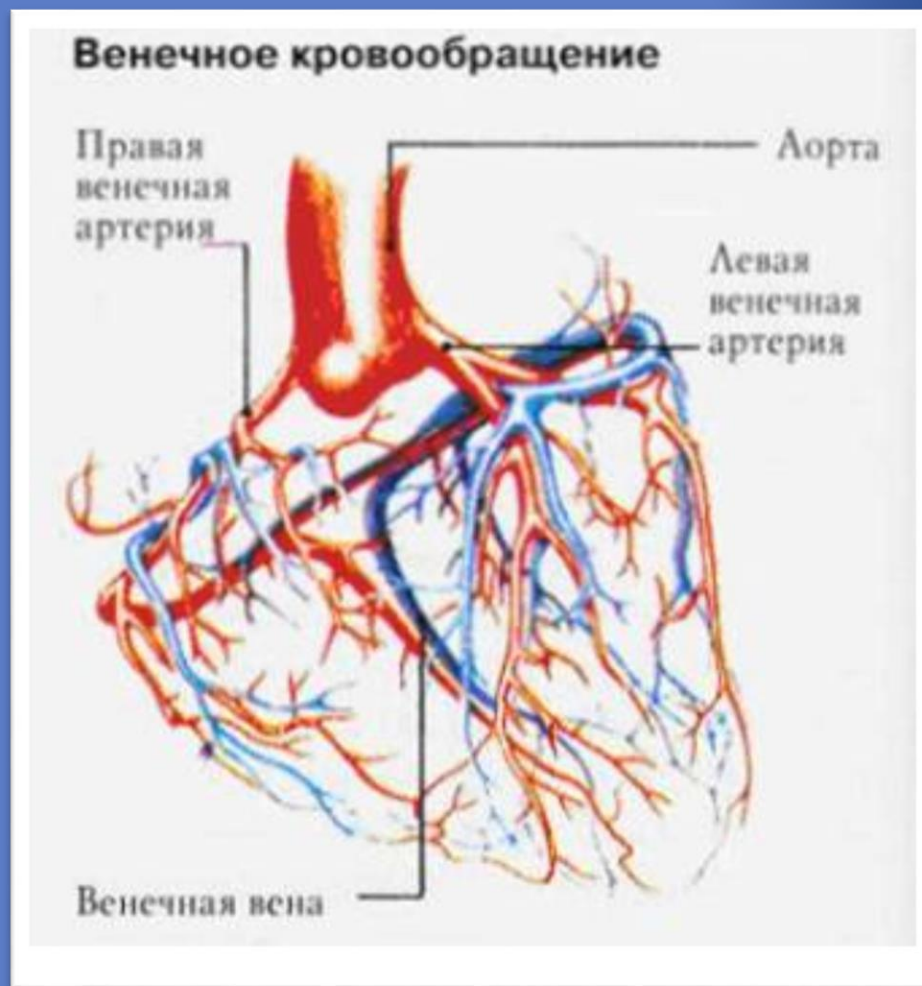
- ИМ чаще развивается у лиц, профессия которых связана с **низкой физической активностью и большими нервно-психическими напряжениями.**
- Развитию ИМ способствует **артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение.**
- Частота ИМ у **курящих** в 20 и более сигарет в день по сравнению с не курящими в 3 раза выше.



В основе патогенеза инфаркта миокарда у 98% тромбоз коронарных артерий, у 2-5% больных инфаркт миокарда наступает в результате спазма коронарных артерий.

- Тромбообразованию при ИБС способствуют 4 основных фактора:

- 1) замедление кровотока по суженным артериям;
- 2) местные изменения интимы коронарных артерий (изъязвления, распад атеросклеротических бляшек, кровоизлияния);
- 3) повышение свертываемости крови - гиперкоагуляция;
- 4) повышение вязкости крови.



Морфологические изменения при инфаркте миокарда.

Уже через 3-5 часов после развития инфаркта миокарда в сердечной мышце наступают тяжелые необратимые изменения структуры мышечных волокон и их гибель.

В миокарде выделяется три зоны изменений:

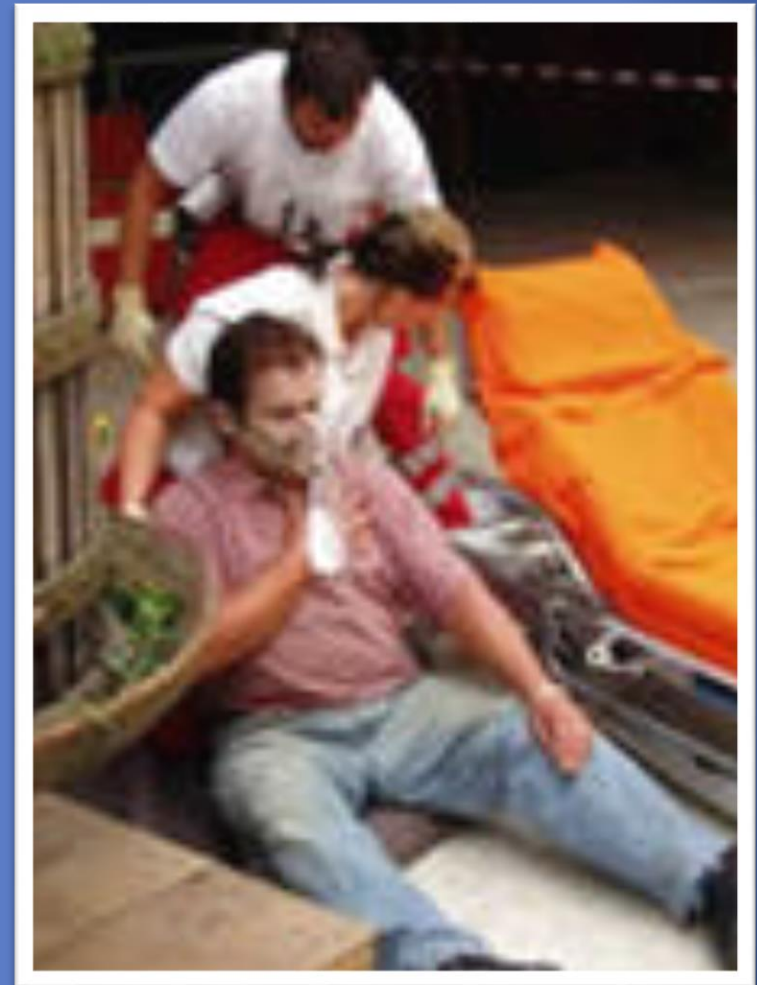
- **очаг некроза;**
- **пренекротическая зона повреждения;**
- **прилегающая зона гипоксии.**

В зависимости от распространенности, выраженности клинических проявлений и изменений ЭКГ выделяют **крупноочаговый** и **мелкоочаговый** инфаркт миокарда.



Клиника инфаркта миокарда.

- **1-й - продромальный или прединфарктный период** длительностью от нескольких часов до одного месяца;
- **2-й - острейший период** от возникновения резкой ишемии миокарда до появления первых признаков некроза. Он продолжается от 30 минут до 2 часов;
- **3-й - острый период** или период образования некроза и миомаляции. Продолжается от 2 до 14 дней;
- **4-й - подострый период** соответствует замещению некротической ткани грануляционной и началом образования рубца. Длится до 4 до 8 недель с момента начала заболевания;
- **5-й - постинфарктный период** соответствует формированию плотного рубца и максимальной адаптации миокарда к новым условиям функционирования. Продолжается до 3-6 месяцев.



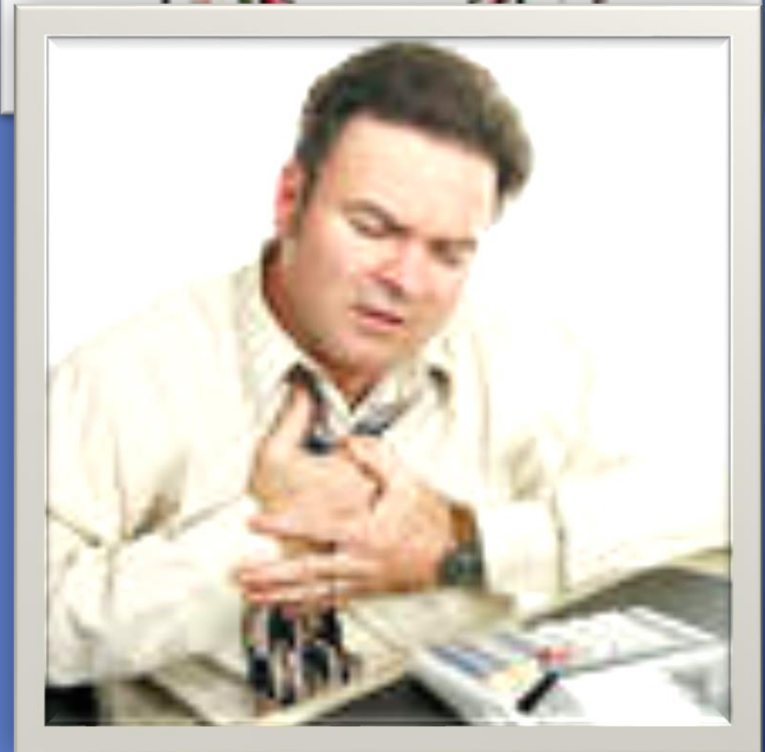
Клинические варианты инфаркта миокарда.

- В зависимости от особенностей симптоматики острейшего периода инфаркта миокарда выделяют :
- 1) **болевым** или **ангинальным**;
- 2) **астматический**;
- 3) **абдоминальный**;
- 4) **аритмический**;
- 5) **цереброваскулярный**;
- 6) **малосимптомный** или **асимптомный**.



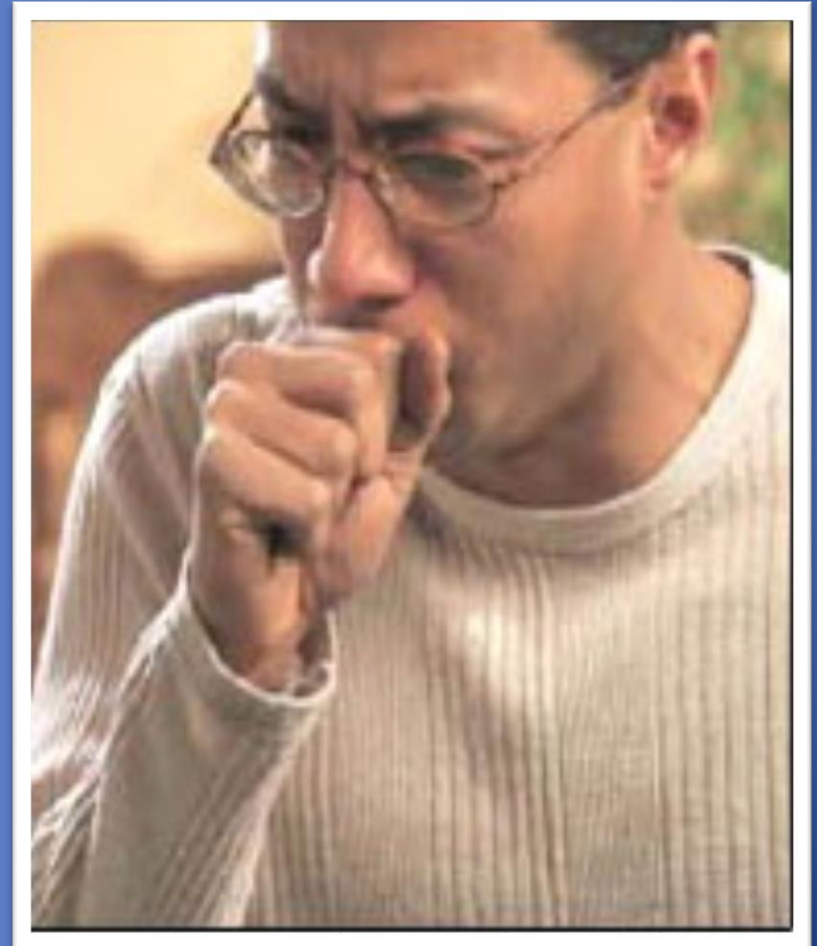
Болевой вариант (70 до 98% всех случаев инфаркта).

- Приоритетная проблема этого варианта инфаркта миокарда- **болевой синдром**.
- Боль при инфаркте миокарда напоминает стенокардитическую, однако отличается от нее большей силой, продолжительностью и отсутствием эффекта после приема нитроглицерина.
- Боль при инфаркте миокарда, как и при стенокардии, локализуется в за грудиной области. Однако она обычно захватывает более обширную область грудной стенки.
- Боль иррадирует в левую руку или в обе руки, левое плечо, лопатку, шею, межлопаточное пространство, эпигастральную область.
- боль при инфаркте миокарда продолжается не менее нескольких десятков минут, а часто часы или даже 1-2 суток.
- При общем осмотре у больных инфарктом миокарда может выявляться бледность и повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз.



Астматический вариант.

- приоритетной проблемой больных является резко **выраженная инспираторная одышка**, переходящая в удушье.
- Возникают типичные **приступы сердечной астмы**.
- Нередко развивается **отек легких**.
- Болевой синдром отсутствует или выражен слабо. В основе патогенеза этой формы инфаркта лежит острая левожелудочковая недостаточность, развивающаяся в результате резкого снижения сократительной способности левого желудочка. При объективном исследовании наряду с признаками инфаркта миокарда выявляются симптомы острой левожелудочковой недостаточности.



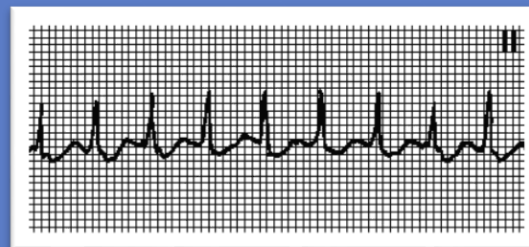
Абдоминальный (гастральгический) вариант.

- приоритетная проблема **боль в верхней части живота**
- диспептические явления: тошнота, рвота, не приносящая облегчения, икота, отрыжка воздухом, метеоризм (вздутие живота), поносы.
- В некоторых случаях развивается парез желудочно-кишечного тракта.
- В ходе объективного исследования наряду с общими признаками инфаркта миокарда определяется болезненность при пальпации и напряжение брюшной стенки.

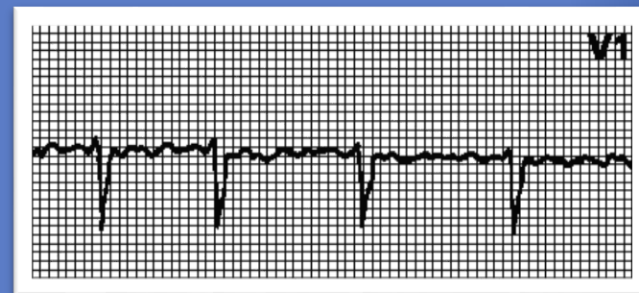


Аритмический вариант.

- Приоритетной проблемой этой формы инфаркта являются **сердцебиения и/или перебои в области сердца**. Аритмический вариант начинается с различных нарушений сердечного ритма: **приступов мерцательной тахикардии, пароксизмальной тахикардии или экстрасистолии**.
- Нарушения сердечного ритма возникают почти у всех больных инфарктом миокарда. Однако при аритмической форме инфаркта боли отсутствуют или выражены крайне слабо и в клинических проявлениях превалируют нарушения сердечного ритма.



Пароксизмальная АВ-узловая тахикардия



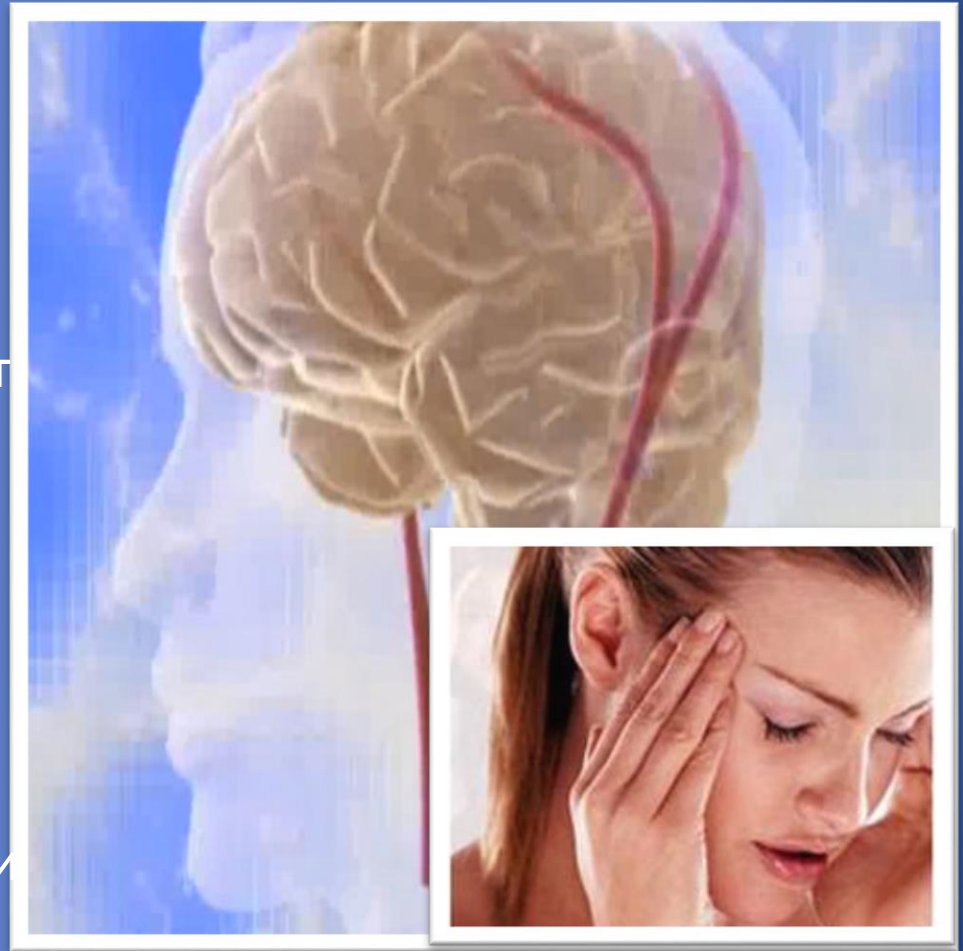
Мерцательная аритмия.



АВ-узловые экстрасистолы.

Цереброваскулярный вариант.

- инфаркта миокарда с преобладанием симптомов нарушения мозгового кровообращения. Болевой синдром отсутствует или слабо выражен. Нарушения мозгового кровообращения обычно имеют преходящий характер.
- Различают два вида симптомов:
 - **Общемозговые симптомы** – головокружение, тошнота, помрачение сознания, обмороки.
 - **Очаговые** -гемипарезов с преобладанием поражения руки или ноги.

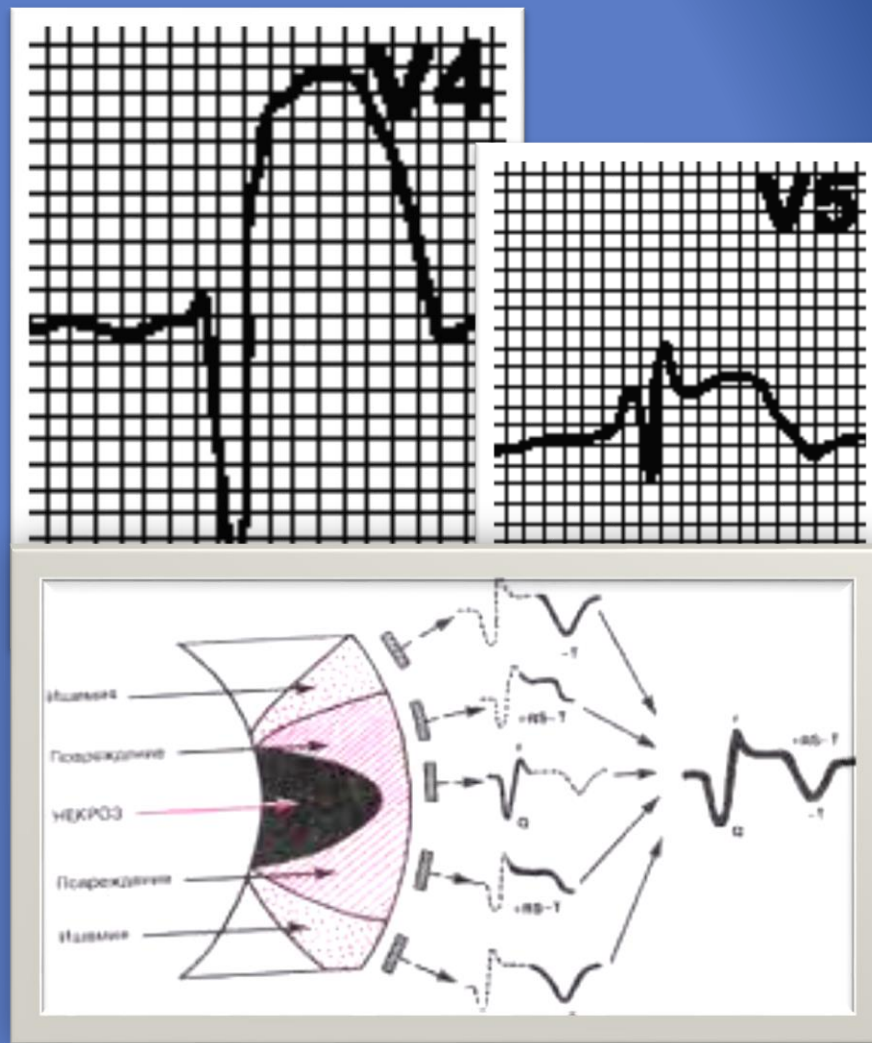


Малосимптомный (бессимптомный) вариант.

проявляться :

- небольшими болями,
- кратковременной одышкой,
- общей слабостью,
- ухудшением настроения.

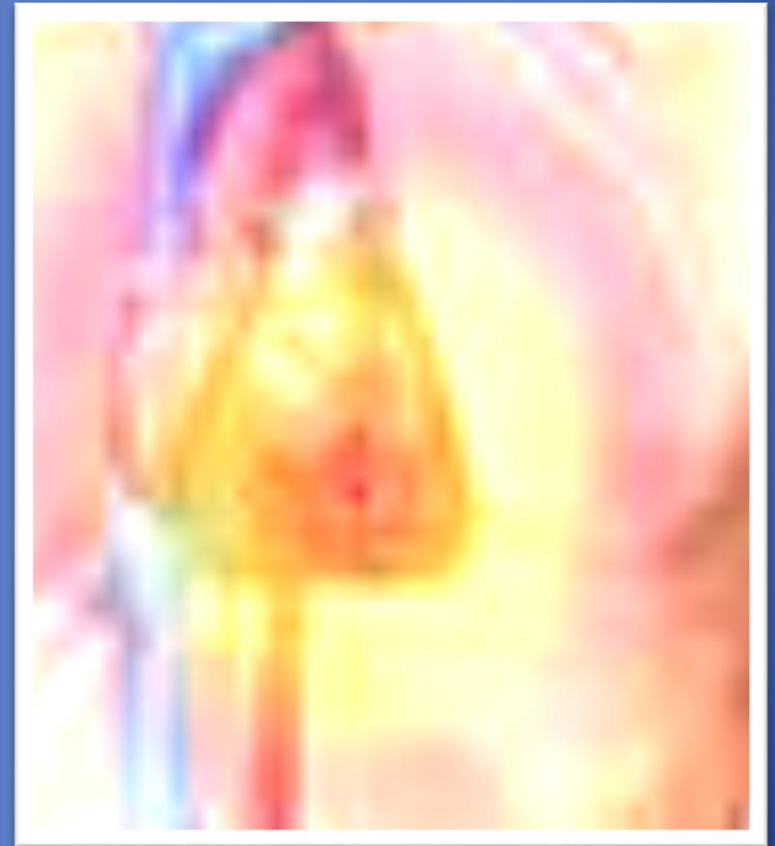
В таких случаях диагноз может быть установлен лишь при случайном ЭКГ исследовании или после внезапной смерти больного.



Острый период инфаркта миокарда

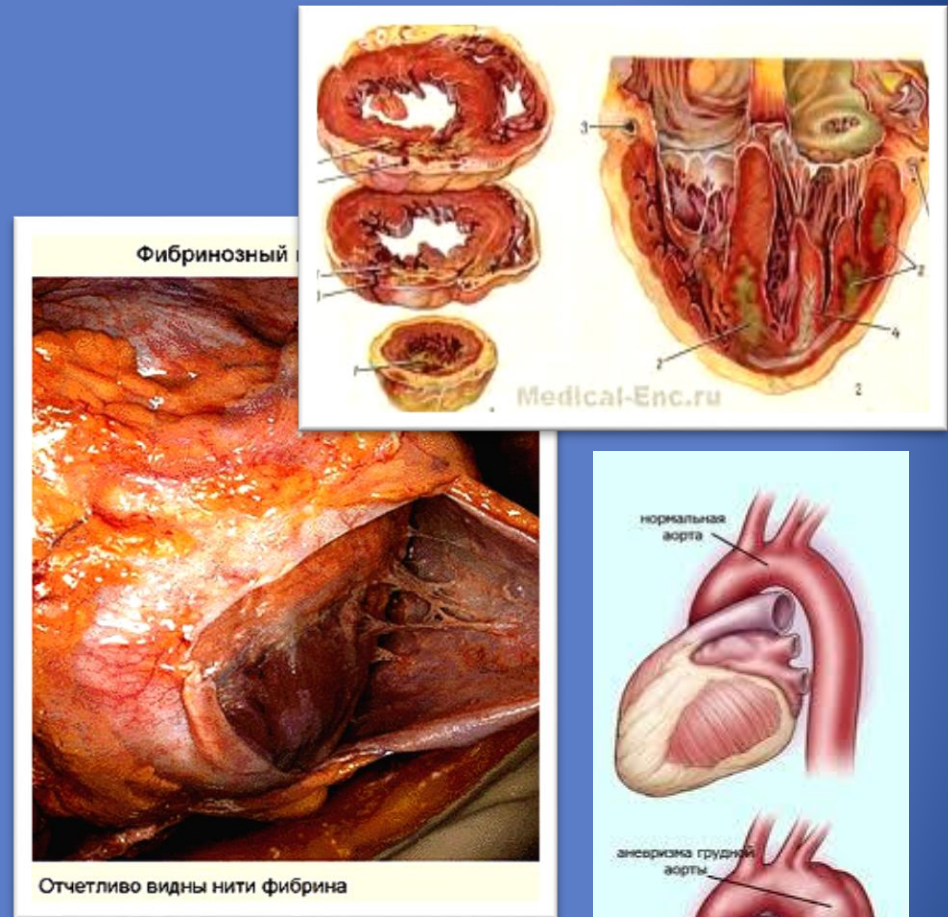
соответствует окончательному формированию очага некроза. Боль исчезает и развивается резорбционно-некротический синдром.

- В основе его патогенеза лежит **распад мышечных волокон и всасывание в кровь продуктов аутолиза**, которые вызывают неспецифическую воспалительную реакцию организма.
- Резорбционно-некротический синдром проявляется **лихорадкой** (приоритетная проблема), лейкоцитозом, ускорением СОЭ и т.д..



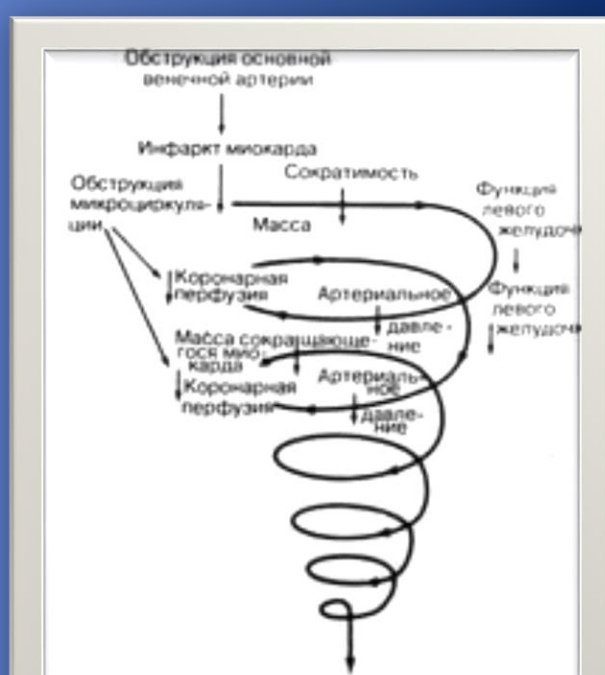
Потенциальные проблемы.

- 1. Кардиогенный шок или острая сердечно-сосудистая недостаточность.
- 2. Острая левожелудочковая недостаточность и отек легких.
- 3. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
- 4. Разрыв сердца.
- 5. Аневризма сердца.
- 6. Перикардит.
- 7. Тромбоэмболии большого круга кровообращения.



Кардиогенный шок

- Истинный Кардиогенный шок представляет собой острую недостаточность кровообращения. Он развивается при обширных инфарктах миокарда и является одним из самых частых и тяжелых осложнений заболевания. Летальность при кардиогенном шоке составляет 80-90%.



Механизм развития кардиогенного шока

- снижение минутного объема сердца из-за резкого уменьшения массы функционирующего миокарда левого желудочка (40-50%).
- критически снижается артериальное давление (менее 80 мм рт. ст.), резко уменьшается кровоток во всех жизненно важных органах.
- образуются некрозы печени, язвы в желудочно-кишечном тракте, нарушается функция почек.
- на периферии кровообращения - в дистальных отделах конечностей, ушных раковинах, кончике носа из-за гипоксии развиваются трофические изменения вплоть до некрозов.
- усиливается агрегация тромбоцитов, и образуются множественные микротромбозы (расширяется зона некроза).
- Общее состояние больных при кардиогенном шоке крайне тяжелое. Наблюдается **заторможенность, выраженная общая слабость**. Развивается **олигурия или анурия** - уменьшение или полное прекращение мочеотделения. **Дистальные отделы конечностей мраморно-цианотичные, холодные на ощупь**. Типичным признаком кардиогенного шока являются **холодные стопы и кисти рук**. Артериальное давление резко снижено.

Неотложная помощь при кардиогенном шоке (независимые сестринские вмешательства)

Полный покой.

Лежачее положение с приподнятыми нижними конечностями.

Грелки к ногам.

Теплое питье.

Обеспечить подачу увлажненного кислорода.

Контроль пульса, АД, ЧДД, диуреза.

Подготовить лекарственные средства: 1,0 мл 1% раствора мезатона, 2 мл кордиамина, 10 мл раствора дофамина.

Неотложная помощь при инфаркте миокарда.

Создайте физический и психический покой.

Обеспечьте доступ свежего воздуха или подачу кислорода.

Дайте 1-2 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Дайте 0,25 аспирина (медленно разжевать).

Осуществляйте контроль АД и пульса.

Приготовить лекарственные средства: ненаркотические анальгетики, нитроглицерин для внутривенной инфузии, антиаритмические препараты, фибринолитики.