Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Московской области

**«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ »**

Мытищинский филиал

Специальность

34.02.01 «Сестринское дело»

КУРСОВАЯ РАБОТА

Сестринская деятельность по обучению принципам вторичной профилактики пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда.

Руководитель преподаватель

профессиональных модулей

Саркисян И.Я.

г. Москва 2025

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.......................................................................................................3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФАРКТА

МИОКАРДА .....................................................................................................5

1.1. Характеристика и классификация инфаркта миокарда .........................5

1.2. Факторы риска и осложнения инфаркта миокарда.............................. ..7

1.3. Клиническая картина, лечение инфаркта миокарда………………......11

ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ МЕТОДАМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА……………….15

2.1. Профилактика острого инфаркта миокарда……………………………15

2.2. Медицинская деятельность в обучении вторичной профилактике пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда………………………..23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………………………………………… 27

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…………………………………………………... 29

ПРИЛОЖЕНИЯ……………………………………………………………... 30

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность выбранной темы** заключается в том, что в настоящее время образ жизни современного человека – это стрессы, гиподинамия, переедание, информационная загруженность, что приводит к развитию сердечно - сосудистых заболеваний. Не смотря на значительные достижения современной медицины, заболевания сердечно - сосудистой системы встречается довольно часто.

Вторичная профилактика инфаркта миокарда предполагает контроль факторов риска: отказ от курения; соблюдение сбалансированной и разнообразной диеты;  комплекс ЛФК;  контроль над артериальным давлением;  контроль над уровнем глюкозы в крови совместно с врачом-эндокринологом;  нормализацию веса;  медикаментозную терапию;  нормализацию липидного спектра крови;  психосоциальную реабилитацию. Медицинская сестра играет важную роль в профилактике инфаркта миокарда, помогая пациентам предотвращать повторные случаи.

**Цель курсовой работы:** изучение роли медицинской сестры в обучении пациентов с инфарктом миокарда.

**Объект курсовой работы:** профилактика инфаркта миокарда.

**Предмет курсовой работы:** роль медицинской сестры в обучении пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, методам вторичной профилактики.

**Задачи курсовой:**

1. Изучить и проанализировать медицинскую литературу по теме исследования;
2. Проанализировать проблемы пациента с инфарктом миокарда;
3. Проанализировать мероприятия по профилактике инфаркта миокарда;
4. Изучить роль медицинской сестры в обучении пациентов с инфарктом миокарда методам вторичной

профилактики.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**1.1. Характеристика и классификация инфаркта миокарда**

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

**Инфаркт миокарда** возникает, когда одна из коронарных артерий сердца внезапно полностью блокируется, или чрезвычайно сильно замедляется кровоток. Эти блокировки лишают сердце кислорода, вызывая ишемию. Если это состояние сохраняется слишком долго, сердечная ткань начинает отмирать в тех областях, которые питаются заблокированной артерией, вызывая инфаркт миокарда – буквально «смерть сердечной мышцы». В иностранной литературе это состояние также называется сердечным приступом.

Наряду со всеми мышцами тела сердечные мышцы требуют постоянного поступления кислорода с питательными веществами для их функционирования. Основной причиной патологии является некроз или необратимая гибель мускулов сердца из-за ишемии или длительного отсутствия кислорода в сердечной мышце. Артериальная кровь доставляется к сердцу по двум крупным артериям.

Основная причина развития инфаркта миокарда – внезапное и быстрое прекращение кровоснабжения участка сердечной мышцы, которое может происходить из-за:

1. Атеросклероза коронарных (питающих сердечную мышцу) артерий хронического заболевания, характеризующегося уплотнением и потерей эластичности стенок артерий, сужение их просвета за счет так называемых атеросклеротических бляшек (образования, состоящих из смеси жиров (в первую очередь, холестерина (жироподобное вещество, являющееся «строительным материалом» для клеток организма) и кальция) с последующим нарушением кровоснабжения сердца;
2. Спазма коронарных сосудов на фоне атеросклероза или без него, который изменяет активность коронарных (питающих сердечную мышцу) артерий из-за гиперчувствительности к воздействию к факторам внешней среды (например, к стрессу);
3. Тромбозы (закупорки) коронарных артерий – происходит при отрыве атеросклеротической бляшки (которая может находиться в любом сосуде организма) и перенесение ее с током крови в коронарную артерию.

*Классификация инфаркта миокарда*

Относительно размера поражения ткани инфаркт миокарда бывает:

1. Мелкоочаговый, формируется один или несколько маленьких по размеру некротических участков. Диагностируется в 20% случаев от общего числа инфарктников. У 30 % пациентов мелкоочаговый инфаркт
2. Трансформируется в крупноочаговый;
3. Крупноочаговый – чаще трансмуральный, образуется обширная область некроза.

В зависимости от кратности возникновения:

1. Первичный, возникает первый раз;
2. Повторный, развивается через 2 месяца или позже после начала первичного.
3. Рецидивирующий, появляется на стадии формирования рубцовой ткани первичного инфаркта, то есть в течении первых 2 месяцев от первичного острого поражения миокарда.

В зависимости от развития осложнений:

1. Неосложненный;
2. Осложненный.

По клиническому течению протеканию периода:

1. Предынфарктный;
2. Острейший;
3. Острый;
4. Подострый;
5. Постинфарктный.

Клинические формы:

1. Типичная (болевая, ангинозная);
2. Атипичные:
3. Гастралгическая (абдоминальная) – боли в животе;
4. Астматическая;
5. Аритмическая;
6. Церебральная (протекает по типу инсульта);
7. Бессимптомная (безболевая).

**1.2. Факторы риска и осложнения инфаркта миокарда**

Большинство сердечных приступов возникает в результате атеросклероза. Факторы риска сердечного приступа и атеросклероза в основном одинаковы:

1. аномально высокий уровень холестерина в крови (гиперхолестеринемия);
2. аномально низкий уровень ЛПВП (липопротеинов высокой плотности), обычно называемый «хорошим холестерином»;
3. высокое кровяное давление (гипертония);
4. диабет;
5. семейный анамнез ишемической болезни сердца в раннем возрасте;
6. курение сигарет, кальянов, вейпов;
7. ожирение;
8. отсутствие физической активности (слишком мало физических упражнений).

В настоящее время выделяют два вида факторов риска инфаркта: те, которые изменить невозможно и те, влияние которых сам человек в состоянии уменьшить или исключить.

*Неизменяемые факторы риска:*

1. Возраст. Как правило, инфаркт миокарда развивается у лиц зрелого возраста. В период между 40 и 60 годами. В последнее время все чаще случаются инфаркты у молодых людей в возрасте от 30 до 40 лет.
2. Пол. В возрасте до 50 лет инфаркт встречается чаще среди мужчин, но, когда женщина вступает в период менопаузы и остается без защиты женских половых гормонов, женские инфаркты случаются чаще.
3. Наследственная предрасположенность. Многими исследованиями доказано, что, если у родственников были инфаркты, риск их возникновения значительно повышен. Неизменяемые факторы риска – отнюдь не приговор, наоборот – это стимул к тому, чтобы вести такой образ жизни, который не даст шанса заболеваниям сердца.

*Факторы риска, на которые можно повлиять:*

1. Курение. Самый главный враг сердца. Токсические вещества из табачного дыма способствуют сужению сосудов и повышенному риску свертывания крови внутри них, что ведет к прекращению кровоснабжения участка сердца и в итоге развивается инфаркт.
2. Повышенное артериальное давление. Постоянно высокие цифры артериального давления так же повреждают сосудистую стенку, способствуя отложению холестерина в местах дефектов. Холестериновые бляшки постепенно сужают просвет сосуда, ограничивая кровоток.
3. Гиперхолестеринемия. Повышенная концентрация «плохого» холестерина в крови дает материал для атеросклеротических бляшек, закупоривающих сосуды.
4. Повышенный сахар крови. Нарушение баланса сахара нарушает обменные процессы в клетках организма, вследствие чего проявление атеросклероза усиливаются
5. Лишний вес, обусловленный неправильным питанием увеличивает нагрузку на сердечно-сосудистую систему, которая при малоподвижном образе жизни к усиленной работе не готово.

Каждый фактор риска повышает вероятность развития инфаркта миокарда, а присоединение второго и третьего увеличивает ее геометрической прогрессии(1).

**Осложнения инфаркта миокарда:**

В период развивающегося ИМ (от 0 до 6 часов) могут развиться тяжелые нарушения ритма и острая сердечно-сосудистая недостаточность.

К осложнениям острого периода ИМ (от 6 часов до 7 суток) относятся:

* нарушения ритма и проводимости,
* шок (кардиогенный, рефлекторный и аритмический),
* сердечная астма и отек легких (проявления острой левожелудочковой недостаточности),
* острая аневризма сердца,
* разрывы сердца,
* тромбоэмболические осложнения в БКК и МКК,
* парез желудка и кишечника, эрозивный гастрит с желудочным кровотечением, панкреатит.

В период заживающего (рубцующегося) ИМ  (от 7 до 28 суток) возможно развитие следующих осложнений:

* тромбоэндокардит с тромбоэмболическим синдромом;
* пневмония;
* постинфарктный синдром – синдром Дресслера (перикардит, плеврит, пневмонит), синдром передней грудной стенки, синдром плеча;
* хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность;
* начало формирования хронической аневризмы сердца;
* психические нарушения (чаще неврозоподобные синдромы).

В постинфарктном периоде (начиная с 29 суток) заканчивается формирование хронической аневризмы, могут остаться проявления синдрома Дресслера и симптомы хронической сердечной недостаточности.

**1.3. Клиническая картина, и лечение инфаркта миокарда**

Инфаркт начитается с приступа сильных болей, которые не купируются нитроглицерином. Боли давящего, сжимающего, жгучего характера, которая локализуется за грудиной или в области сердца. Боли иррадиируют в левую руку, пальцы левой руки, левую лопатку, левое плечо иногда в челюсть. Боли носят волнообразный характер (то усиливается, то ослабляются). Держаться по несколько часов, иногда сутки и более.

Больные беспокойны, испытывают страх смерти, кожа серого цвета, холодный липкий пот, тоны глухие, учащены, иногда аритмичные, пульс малый, частый, аритмичный, артериальное давление снижается.

В типичных случаях основным клиническим признаком развивающегося инфаркта миокарда является интенсивная боль за грудиной – ангинозная боль[3].

Характеристиками ангинозной боли при инфаркте миокарда является:

1. Локализация – за грудиной или в эпигастральной области;
2. Интенсивность боли – значительно более выражена, чем при приступе стенокардии, и быстро нарастает, часто бывает волнообразной;
3. Иррадиация – широкая (в предплечье, плечо, ключицу, шею, левую лопатку, нижнюю челюсть (чаще слева), межлопаточное пространство);
4. Характер – давящий, сжимающий, жгучий, распирающий, режущий;
5. Продолжительность – от 20 – 30 минут до нескольких часов;
6. Чувство страха, возбуждение, двигательное не спокойствие и вегетососудистые реакции (гипотензия, потливость, тошнота, рвота);
7. Не устраняется нитроглицерином, а часто и при введении наркотических анальгетиков.

Возможны следующие варианты начала инфаркта миокарда. В последнее время врачи все чаще отмечают повышенную встречаемость атипичных форм этой болезни:

1. *Абдоминальная форма*

Подобная течение инфаркта миокарда свойственно для тех ситуаций, когда поражается задняя стенка миокарда за счет ее близкого расположения к диафрагме, нервные импульсы более распространяются на брюшную полость.

Для абдоминального инфаркта миокарда характерно:

1. Ощущение резкой боли в верхней части живота;
2. Сильное чувство тошноты
3. Частое желание вырвать

Последний признак может особо досаждать больному, поскольку даже на пустой желудок возникают рвотные рефлексы. Дополнительно может наблюдаться либо сильное послабление желудка, либо наоборот по типу пореза кишечника, когда перистальтика практически отсутствует и из-за не отхождения газов живот становится вздутым.

1. *Астматическая форма*

С латинского языка термин «asthma» переводится как «частое дыхание, одышка». Подобное течение болезни в основном встречается у пожилых людей, как у мужчин, так и у женщин. При развитии астматической формы инфаркта миокарда человека вначале беспокоит отдышка, которая в тяжелых случаях переходит в удушье, как это бывает при бронхиальной астме. Именно поэтому подобную форму называют астматической.

1. *Аритмическая форма*

Эта форма на прямую связана с изменением ритма сердцебиения. У больного учащается пульс, биение сердца становиться заметным визуально, артериальное давление снижается в несколько раз. Аритмическая форма инфаркта миокарда чаще всего приводит к клинической смерти.

1. *Церебральная форма*

На латинском языке головной мозг обозначается как «cerebrum», поэтому при церебральной форме инфаркта миокарда возникают те, которые более характерны для неврологических заболеваний:

1. Мелькание точек или мушек перед глазами;
2. Сильное головокружение;
3. Обморочное или полуобморочной состояние; - Сумеречное сознание.

Дополнительно больные могут отмечать расстройство понимания, происходящего вокруг. Иногда клиника дополняется тошнотой и рвотой.

5. *Безболевая форма*

Еще известна эта форма инфаркта миокарда, как коллаптиодная, поскольку при развитии больной не может указать на какие-то признаки, которые его беспокоят. Это вовсе не значит, что поражение миокарда совсем незначительное, хотя именно эту форму часто приравнивают к микроинфаркту.

У больного все же может отмечаться усталость, слабость, плохое самочувствие, но чаще всего эти симптомы связываются с усиленной физической нагрузкой. Так же причиной болезни может служить длительный безотпускной период на работе, иногда воспринимается как проявление ленивости, но подобные отговорки не позволяют своевременно диагностировать заболевание и провести лечение. Поэтому чтобы не допустить прогрессирования коварной формы инфаркта миокарда, нужно при возникновении минимальных признаков, похожих на инфаркт миокарда, да еще и у пожилых людей сразу же обращаться к врачу[4].

Лечение инфаркта миокарда

При инфаркте миокарда показана экстренная госпитализация в кардиологическую реанимацию. В остром периоде пациенту предписывается постельный режим и психический покой, дробное, ограниченное по объему и калорийности питание. В подостром периоде больной переводится из реанимации в отделение кардиологии, где продолжается лечение инфаркта миокарда и осуществляется постепенное расширение режима.

Терапия при инфаркте миокарда направлена на предупреждение и устранение аритмий, сердечной недостаточности, кардиогенного шока. В первые 24 часа после развития инфаркта миокарда можно произвести восстановление перфузии путем тромболизиса или экстренной баллонной коронарной ангиопластики.

Проанализировав литературу, нами был сделан вывод, что инфаркт миокарда - это неотложное клиническое состояние, характеризующееся нарушением кровоснабжения сердечной мышцы. Основным этиопатогенетическим фактором, способствующим его развитию, является атеросклероз коронарных артерий. Клинические проявления разнообразны и зависят от конкретного периода заболевания.

**ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ОБУЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ МЕТОДАМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**2.1. Виды профилактики. Профилактика острого инфаркта миокарда**

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

*Первичная профилактика* — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др).

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитания и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Для предупреждения заболеваний, в отличие от их лечения не нужны большие средства. Первичная медицинская профилактика призвана сохранить данное от рождения здоровье как можно дольше[7].

Ее главная задача — исключение всех факторов риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), кроме тех, управлять которыми человек не в силах (генетическая склонность и возрастные изменения).

Пропаганда здорового образа жизни, систематическая диспансеризация населения и профилактические смотры — основа предотвращения приобретенных неинфекционных заболеваний. Главенствующая роль в данном процессе принадлежит государству.

Развитые страны тратят огромные средства на популяризацию здорового образа жизни, разработку и внедрение профилактических программ. Такая деятельность приносит ощутимые плоды.

В последние года наблюдается все большее восхищение народными методами оздоровления, которые не противоречат медицинской профилактики, а дополняют ее. Народными целителями разработано множество программ правильного питания и образа жизни, которые помогают сохранить здоровье на долгие годы.

Этапы профилактики включают в себя индивидуальный, семейный, общественный и государственный. Это означает, что забота о здоровье должна быть комплексной. Все этапы профилактического процесса одинаково значимы.

В первую очередь ответственность за самочувствие лежит на самом человеке. Отказ от курения, спиртного и наркотиков — первый шаг на пути к здоровью. Правильное питание и физическая активность дополняют перечень необходимых мер индивидуальной профилактики[8].

*Вторичная профилактика* — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Вторичная медицинская профилактика вступает в действие, когда возникает риск заболевания снижается иммунитет, ухудшается самочувствие). В этот момент важно вовремя обратиться к специалистам. Основная задача врача — как можно раньше выявить патологию и разработать эффективную схему лечения.

С точностью диагностировать заболевание народными методами невозможно.

Вторичная профилактика активно использует метод скрининга. Суть его заключается в активной диспансеризации людей, входящих в группу риска по развитию того или иного патологического процесса. Такая система используется во многих направлениях медицины (онкология, урология, гинекология).

В обязательном порядке проводят обследование беременных, в результате которого выявляют возможные нарушения процесса развития ребенка. Новорожденные проходят скрининг в первую неделю жизни.

Ежегодные обследования рекомендуют гражданам, достигшим 45летнего возраста, для профилактики онкологических заболеваний. Современные средства диагностики позволяют выявить патологию на начальном этапе развития.

Вторичная профилактика включает все виды устранения рисков рецидивов заболевания. С этой целью создается система санаторнокурортных учреждений, на строительство и обеспечение всем необходимым оборудованием государство выделяет значительные средства. Особое внимание уделяется развитию детских оздоровительных учреждений.

*Третичная профилактика* предполагает социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Стоит признать, что, несмотря на все научные достижения, возможности ранней диагностики заболеваний и средства, выделяемые на их предупреждение, медицина порой не в состоянии предотвратить развитие патологического процесса.

Третичная профилактика призвана помочь адаптироваться людям, которые получили инвалидность и потерял возможность полноценной жизни в результате того или иного заболевания.

Ее целью является прекращение прогрессирования болезненного процесса. На первый план в данной ситуации выходит психологическая поддержка пострадавшего и максимальное восстановление им утраченных в результате болезни функций.

Примером может служить создание рабочих мест для людей с ограниченными возможностями, вовлечение их в общественную деятельность и создание адекватного отношения общества к таким согражданам.

Третичная профилактика включает в себя комплекс мероприятий по обеспечению физической и экономической независимости инвалидов. Это и выделенные государством средства на выплату денежных пособий и предоставления различных льгот людям с ограниченными возможностями, создание для них максимальной доступности свободного передвижения.

В комплекс реабилитационного процесса входит также обучение инвалидов самостоятельному уходу за собой и навыкам новой, доступной для них профессии (переквалификация).

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

***Контроль массы тела*.**

В каждом лишнем килограмме жировой ткани находится множество кровеносных сосудов, что резко увеличивает нагрузку на сердце. Кроме того, избыточный вес способствует повышению артериального давления, развитию сахарного диабета второго типа, и, следовательно, значительно повышает риск. Для контроля веса используется специальный показатель – индекс массы тела. Для его определения вес (в килограммах) нужно разделить на рост (в метрах), возведенный в квадрат. Нормальным является показатель 20-25 кг/м2, цифры 35-29,9 кг/м2 говорят об избыточной массе тела, а выше 30 – об ожирении. Контроль индекса массы тела, безусловно, занимает важное место в лечении и профилактике инфаркта миокарда[9].

***Физические тренировки***

Как утверждают прогрессивные медики, все проблемы сердечно-сосудистой системы, в том числе и инфаркт миокарда, происходят из-за недостаточной загруженности сердечной мышцы. И это вполне естественно, ведь сердце – это такая же мышца, как и все прочие, которые являются неотъемлемыми составляющими человеческого организма. А, следовательно, она, как и все прочие мышцы, нуждается в постоянных тренировках и нагрузках. Тем не менее, тренировка сердечной мышцы не может быть спонтанной.

Занятия спортом должны носить поступательный характер (от простого к сложному), а людям, имеющим определенные заболевания или проблемы со здоровьем необходима консультация и рекомендации со стороны специалиста. Сосуды, как это не покажется странным, также оснащены мышечной тканью. И именно тренировка сердечной мышцы и сосудов является первостепенной в списке профилактических мер от инфаркта миокарда[10].

**Рациональное питание**

Правильное рациональное питание – это совсем не строгие ограничения в еде или голодовка. Рациональное питание подразумевает полноценное питание, при котором потребляемые и сжигаемые организмом калории уравновешены. Такой способ не оставляет возможности организму копить ненужные жировые отложения. Рациональное питание также подразумевает потребление значительного количества продуктов растительного происхождения, особенно в свежем виде. Здоровое питание также предусматривает переход от жиров животного происхождения на жиры растительного происхождения, переход от жирных сортов мяса на постные, на птицу, рыбу и морепродукты. Сбалансированное питание обязательно должно содержать в себе все необходимые витамины и микроэлементы, без которых организм человека не может обойтись. Особенно это касается продуктов, богатых калием и магнием, которые крайне необходимы для здоровья сердечной мышцы(2).

**Отказ от вредных привычек**

Люди с никотиновой зависимостью чаще страдают отклонениями в сердечно-сосудистой системе. Никотин самым негативным образом влияет сердечную мышцу и сосуды. Курящие люди (в том числе и пассивные курильщики) обрекают свой организм на дефицит кислорода, спазмолитическую реакцию на никотин со стороны сосудов и сердца, на риск появления атеросклеротических бляшек и нарушение обмена веществ в организме. С потреблением алкогольных напитков вопрос стоит не так кардинально (полный отказ), однако умеренность все же необходима. Допустимое потребление алкоголя (в переводе на чистый спирт) для женщин составляет 15-20 гр. а для мужчин – 25 – 30 гр(3).

**Положительные эмоции**

В современном мире, до краев наполненном негативными факторами, стрессами, очень важно научиться быть уравновешенным, невозмутимым, доброжелательным к окружающим. Зачастую проблемы с сердечно-сосудистой системой наблюдаются у людей, которые не могут достойным образом справляться с проблемами, перегрузками, с нервно-психическим напряжением в окружающей среде (на работе, в общественных местах, в домашней обстановке).

**Посещения кардиолога**

Чтобы подчеркнуть необходимость регулярных посещений кардиолога, достаточно привести следующую статистику. Смертность от инфаркта миокарда составляет 30 – 35%. Приблизительно 20% пациентов с диагнозом инфаркт миокарда умирают, не успев попасть в больницу. Еще 15% пациентов с инфарктом умирают уже в стенах больничного заведения. Чтобы не попасть в печальную статистику, чтобы избежать длительного лечения, восстановления, а также осложнений после перенесенного инфаркта миокарда, желательно выполнять все профилактические меры, а при констатации любых отклонений, связанных с сердечной мышцей, стоит обязательно нанести визит кардиологу. Людям, чей возраст приближается к 40 годам, даже без жалоб на сердечную мышцу, желательно посещать кардиолога раз в год (профилактическое ЭКГ).

**Уровень холестерина в крови.**

Он определяется в рамках липидного спектра крови (набора показателей, от которых зависит прогрессирование атеросклероза. главной причины ишемической болезни сердца ) и является основным из них. При повышенном уровне холестерина назначается курс лечения специальными препаратами.

**Контроль артериального давления**

Повышенное артериальное давление ощутимо повышает нагрузку на сердце. Особенно, это ухудшает прогноз после перенесенного инфаркта миокарда. Также гипертония способствует прогрессированию атеросклероза. Оптимальным считается уровень систолического (верхнего) артериального давления ниже 140 мм.рт.ст. а диастолического (нижнего) – не выше 90 мм.рт.ст. Более высокие цифры опасны и требуют коррекции схемы приема препаратов, понижающих давление.

**Уровень сахара крови.**

Наличие декомпенсированного (не отрегулированного) сахарного диабета отрицательно влияет на течении ишемической болезни сердца. Это связано с пагубным действием на сосуды гипергликемии (повышенного уровня сахара крови). Следить за данным показателем необходимо постоянно, и при повышенном сахаре обязательно консультироваться с эндокринологом для коррекции схемы лечения.

**2.2. Медицинская деятельность в обучении вторичной профилактике пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда**

Эффективность контроля за общим сердечно-сосудистым здоровьем основывается на доверительных отношениях между медицинской сестрой и пациентом. Партнерские отношения способствуют повышению приверженности к немедикаментозным и медикаментозным методам профилактики. Пациенты, как правило, считают медицинскую сестру наиболее надежным источником информации о здоровье. Медицинская сестра при общении с больным должна проинформировать пациента о связи между болезнью и образом жизни, необходимости изменения образа жизни – отказе от курения, повышении физической активности, необходимости здоровой диеты.

Необходимо учитывать, что такие факторы, как сложные и неоднозначные советы медсестры, стрессовые ситуации на работе и дома, социальные проявления (одинокие люди), негативные эмоции (депрессия, тревога, враждебность), могут являться препятствием к изменению образа жизни.

В первую очередь, профилактические программы ориентированы на лиц трудоспособного возраста, потому что они являются производителями тех благ, которые позволяют обеспечивать благосостояние всем слоям населения, от детей до взрослого населения, которое уже находится на заслуженном отдыхе. По данным ВОЗ здоровье населения зависит на 70% от образа жизни и наличия вредных привычек. Поэтому важным направлением борьбы с факторами риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является формирование здорового образа жизни. Во вторичной профилактике на первое место выступает взаимодействие медсестры и пациента, формирование стремления самого пациента улучшить своё состояние. Набор вмешательств, предлагаемых на сегодняшний день для повышения приверженности пациентов к терапии, достаточно ограничен. Наиболее распространены различные образовательные программы для пациентов, различные способы напоминания пациенту о необходимости обследования и лечения (звонки, письма), различные психотерапевтические методики. В последние годы стала активно развиваться такая методологическая форма, как школы для пациентов, цель которых – не только улучшить информированность больных о своем заболевании, но и способствовать повышению приверженности к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность за здоровье как свою личную собственность.

Медицинские сестры ведут документацию, отражающую лечение конкретного пациента и его состояние. Особую роль играют медицинские сестры в разъяснении больным важности распознавания симптомов заболевания, а также в обсуждении с ними индивидуальных возможностей изменения образа жизни и модификации факторов риска. Сестры могут оказывать существенную помощь в консультациях больных по поводу объема социальной активности, вакцинации, контрацепции, а также контролировать правильность выполнения медицинских рекомендаций и физических нагрузок.

Занятия проводятся во время пребывания больного в стационаре, в поликлинике и на дому, а также допустимо сочетание этих мест обучения. В настоящее время активно обсуждается вопрос, когда следует начинать обучение пациентов. С одной стороны, занятия надо начинать как можно раньше, то есть в период госпитализации. Именно в стационаре у больного больше свободного времени для занятий и таким образом их посещение может быть более регулярным. Больной чаще контактирует с медицинским персоналом, что психологически лучше сказывается на его состоянии. Кроме того, контроль над такими пациентами легче проводить именно на этапе стационарного лечения. Неоднократно показано, что чем раньше больные инфарктом миокарда начинают соблюдать диету, питьевой режим и заниматься физическими упражнениями (освоение которых в условиях стационара значительно облегчается), тем благоприятнее их прогноз и выше приверженность к лечению. С другой стороны, известно, что обучение, проводимое в период стационарного лечения, малоэффективно для изменения поведенческих привычек. Больной во время пребывания в стационаре, как правило, находится в тяжелом состоянии и для него, могут быть утомительны занятия в школе. Амбулаторное обучение не исключает больного из привычной обстановки, дает ему возможность сразу же внедрить полученные знания и навыки в жизнь. Возможно, такая форма обучения более рациональна, так как больной находится в стабильном состоянии и ему легче адаптироваться к условиям жизни с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обязательным условием эффективного обучения считается его повторение, а также положительное подкрепление. Как правило, невозможно сразу обучить больного всему необходимому; его состояние может со временем изменяться, что потребует дополнительного обучения, что гораздо легче выполнить опять же в амбулаторных условиях. К проведению школ на амбулаторном этапе следует подключать специально обученных медицинских сестер, которые будут посещать тяжелых больных на дому для контроля их состояния и выполнения рекомендаций, полученных в школе, что значительно повышает приверженность пациентов к лечению.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Сердечно-сосудистая система подвергается самым различным заболеваниям. Одно из самых серьезных - инфаркт миокарда, поскольку он часто заканчивается летальным исходом. Во всем мире он становится самой распространенной причиной смертности. Если поразил инфаркт, первое, что нужно помнить - жизнь продолжается. Придерживаясь некоторых правил, можно прожить полноценную жизнь, богатую хорошими впечатлениями.

После инфаркта миокарда больному необходима реабилитация, направленная на восстановление физического здоровья и психического состояния. От точности соблюдения рекомендаций врача зависит самочувствие больного. Родственники должны быть терпимыми к больному и помнить, что в реабилитационный период пациент должен больше двигаться и обязательно делать комплекс лечебных упражнений.

Комплекс мероприятий после инфаркта требует обязательного медицинского контроля. Основная задача - помочь пациенту, который перенес инфаркт миокарда, быстро восстановить физические параметры, по возможности до прежнего уровня активности. При этом следует обеспечить снижение риска новых приступов и других кардиологических нарушений.

Все реабилитационные мероприятия направлены на решение следующих задач:

1. физическая - нормализация работы сердца и сосудов, восстановление трудоспособности больных, получение нормальной реакции на нагрузку, на это понадобится от двух до шести недель регулярных тренировок,
2. психологическая - у больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развивается страх перед новым приступом, поэтому важна моральная поддержка, возможен прием психотропных средств, подготовка к самостоятельной жизни и возвращению к работе. Первые четыре месяца после болезни пациент считается нетрудоспособным, после чего направляется на комиссию. К этому времени пятьдесят процентов больных снова начинают работать, то есть работоспособность полностью восстанавливается. Если выявлены осложнения, устанавливается группа инвалидности.

Длительность реабилитации и комплекс лечебных мероприятий подбирается строго в индивидуальном порядке.

Поэтому одним из прогрессивных подходов к решению вопросов по повышению приверженности больных к активному участию в программах физической реабилитации и вторичной профилактики ИМ, является организация системы обучения больных посредством создания «Школ для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и внедрения дистанционного обучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллилуев, И.Г., Боль в грудной клетке: диагностика и лечение [Текст] / И.Г. Аллилуев. М.: Медицина, 2019.
2. Арутюнов, Г.П., Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов
3. Дупляков, Д.В., Кардиология, №3 (14), 2017 [Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2021.
4. Лычев, В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно – диагностическом процессе 2019.
5. Сединкина, Р.Г., Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» 2020.
6. Смолева, Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях 2022.
7. Федюкович, Н.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник/ Федюкович Н.И. – Ростов н/Д: Феникс, 2021. – 573 с. (Среднее профессиональное образование.) 2021.
8. Якушин, С.С., Инфаркт миокарда [Электронный ресурс] / Якушин С.С. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 224 с. (Серия «Библиотека врачаспециалиста») 2019.
9. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414866.html>
10. <http://e-lib.kazangmu.ru/files/bibl/VKR/62-20.pdf>
11. <https://elib.usma.ru/bitstream/usma/523/1/USMU_2017_001.pdf>

**Приложения**

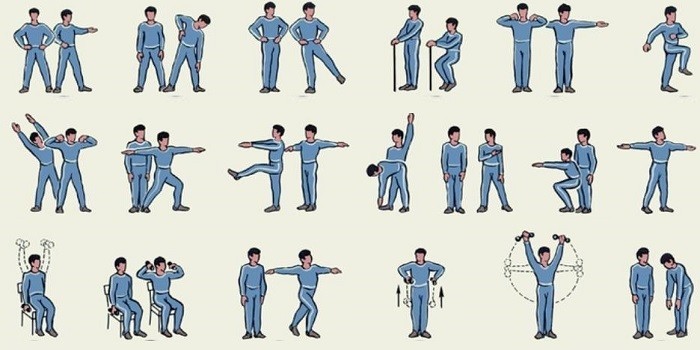
Приложение 1

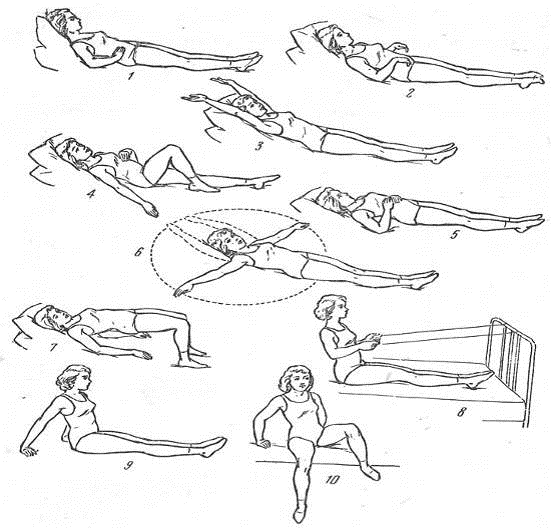
Факторы риска



Приложение 2

Лечебная физкультура

-



Приложение 3

Меню после инфаркта миокарда



