

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В
ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФАРКТА
МИОКАРДА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051520
Празян Седы Кареновны**

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Заведующая отделением профилактики
ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»,
поликлиническое отделение № 2,
Шепелева Елена Николаевна

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА	6
1.1. История вопроса	6
1.2. Этиопатогенез развития заболевания	7
1.3. Вероятные факторы риска инфаркта миокарда	8
1.4. Клинические проявления заболевания	16
1.5. Профилактические мероприятия по предупреждению возникновения инфаркта миокарда.....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА	26
2.1. Результат анкетирования.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	41
ПРИЛОЖЕНИЯ	Ошибка! Закладка не определена.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Проблема инфаркта миокарда (ИМ) является одной из актуальных в современной кардиологии. Ее крайняя острота и злободневность связаны не только с особенностями заболевания, но также с тем, что в процессе оказания медицинской помощи этой категории пациентов затрагиваются важные социальные и экономические аспекты.

Согласно данным статистики, частота острого инфаркта миокарда среди мужчин старше 40 лет в разных странах составляет от 2 до 6 на 1000 человек. В действительности эта цифра больше как минимум в два раза.

Ежегодно этот диагноз ставится 1 млн. человек, приблизительно 30% больных умирают от инфаркта миокарда на догоспитальном этапе. Общая смертность от инфаркта миокарда, включая догоспитальную, составляет порядка 45%. У 15% из этого числа летальный исход наступает не из-за самого заболевания, а из-за развития смертельных осложнений [1, с. 101].

Кардиологи с тревогой говорят, что инфаркт миокарда в последнее время стремительно «молодеет» – все чаще инфаркт миокарда происходит у людей, едва отметивших 30-летний юбилей. Как правило, до наступления климакса женщины подвержены этому заболеванию реже мужчин, затем ситуация уравнивается.

Инфаркт миокарда - довольно распространенное заболевание, являющееся самой частой причиной внезапной смерти. Несмотря на успехи современной медицины, инвалидизация и смертность от сердечно - сосудистой патологии возрастают, в основном, за счет развития у больных хронической сердечной недостаточности, одной из главных причин, которой остается инфаркт миокарда. Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него продолжает увеличиваться. Сейчас все чаще инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. В возрасте от 35 до 50 лет инфаркт миокарда встречается в 50 раз чаще у мужчин, чем у женщин. У 60-80% больных инфаркт миокарда

развивается не внезапно, а имеет место предынфарктный (продромальный) синдром, который встречается в следующих вариантах:

- стенокардия в первый раз, с быстрым течением - наиболее частый вариант;

- стенокардия протекает спокойно, но вдруг переходит в не стабильную – боли возникают при других ситуациях, не купируются полностью привычными препаратами;

- приступы острой коронарной недостаточности [1, с. 103].

Сложившаяся за последнее десятилетие тяжелейшая демографическая ситуация возводит эту проблему на уровень государственной безопасности.

Общая летальность при инфаркте миокарда остается высокой (30-35%). Значительное снижение госпитальной ее составляющей после открытия блоков интенсивной терапии, внедрения тромболитика и кардиохирургических вмешательств полностью не решает возникших проблем. На догоспитальном этапе умирает почти половина (до 47,8%) молодых пациентов. У них чаще, чем у пожилых больных, выявляются осложненные формы инфаркта миокарда, в результате, которых развивается хроническая сердечная недостаточность, обуславливающая потерю трудоспособности, что приводит к осложнению социального аспекта постинфарктной реабилитации, а также является главной причиной летальности в постинфарктном периоде.

Таким образом, изучение проблем профилактики, выявления факторов риска, ранней диагностики и лечения инфаркта миокарда представляется весьма актуальным [3, с. 115].

Объект исследования: профессиональная деятельность фельдшера

Предмет исследования: диагностика факторов риска и профилактика инфаркта миокарда.

Цель дипломной работы: проанализировать деятельность фельдшера в выявлении факторов риска и профилактике инфаркта миокарда.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Изучить историю вопроса;

2. Выявить вероятные факторы риска развития инфаркта миокарда;
3. Проанализировать основные методы профилактики инфаркта миокарда;
4. Провести анкетирование с целью выявления уровня знаний населения о возможных факторах риска и профилактике сердечно - сосудистых заболеваний.

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие **методы исследования:**

- научно - теоретический анализ медицинской литературы;
- эмпирический метод;
- сравнительный метод;
- метод обобщения.

Теоретическая значимость заключается в расширении представлений о возможных факторах риска развития заболевания, а также изучение методов профилактики.

Практическая значимость заключается в составлении рекомендаций по профилактике сердечно - сосудистых заболеваний.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

1.1. История вопроса

До конца 19 век инфаркт миокарда описывался как казуистика, обнаруживавшаяся при вскрытии умерших от неясного заболевания. В России врач К. Кнопф в 1878 год впервые описал клиническую картину инфаркта миокарда, осложнённого кардиогенным шоком и разрывом сердца. В 1892 году английский клиницист У. Ослер указывал на возможность прямой связи некроза миокарда с поражением коронарной артерии сердца. В том же году русский терапевт В. М. Керниг (1892) подробно описал клиническую картину эпистенокардиального перикардита, который, как теперь известно, является осложнением инфаркта миокарда.

В 1909 год В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско впервые в мире дали развёрнутое описание различных клинических форм инфаркта миокарда, связав его развитие с тромбозом коронарных артерий сердца. Через три года Херрик (J. V. Herrick, 1912) опубликовал статью, посвященную клинике и патоморфологии инфаркта миокарда [2, с. 15].

История изучения инфаркта миокарда тесно связана с разработкой метода электрокардиографии. Первые данные об изменениях ЭКГ при экспериментальном повреждении сердца получил А. Ф. Самойлов (1910).

С начала 20-х годы работы, посвящённые этиологии, патогенезу, патологической анатомии, клинике, диагностике и лечению инфаркта миокарда, интенсивно ведутся в большинстве стран мира. В 1969 году за разработку новых методов лечения и организации помощи больным инфарктом миокарда группе учёных (В. Н. Виноградов, П. Е. Лукомский, Е. И. Чазов, З. И. Янушкевичу с, Б. П. Кушелевский) присуждена Государственная премия СССР.

Главное достижение 20 века - появление электрокардиографии, превентивной кардиологии и Фремингемского исследования, организация

отделений интенсивной терапии, появление «липидной» теории атеросклероза и эхокардиографии, проведение операций на открытом сердце, внедрение имплантированных дефибрилляторов и использование тромболитической терапии. Все это значительно модифицировало кривую смертности от этого сердечного недуга [2, с. 16].

1.2. Этиопатогенез развития заболевания

Инфаркт миокарда – неотложное клиническое состояние, обусловленное гибелью участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения, проявляющееся различными нарушениями сердечной деятельности.

Риск смерти наиболее высок впервые 2 часа от начала приступа инфаркта миокарда. При своевременном поступлении пациента в отделение реанимации и проведении срочных мероприятий, направленных на разрушение тромба (тромболизис), или коронарной ангиопластики, риск многократно снижается [2, с. 20].

Основными причинами развития инфаркта миокарда являются следующие: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, субтотальный стеноз коронарной артерии, окклюзия (резкое сужение просвета сосуда, нарушение проходимости сосуда), разрыв атеросклеротической бляшки с образованием тромба. Процесс формирования холестериновых бляшек достаточно сложен и включает несколько этапов.

Формирование липидных пятен (липоидоз). Чаще всего первыми поражаются сосуды, имеющие микроповреждения и кровоизлияния. Венозные, питающие сердце, имеют тонкую и нежную поверхность и при воздействии факторов, указанных выше, легко травмируются. При превышении нормальных значений холестерина с легкостью оседает на местах эрозии, образуя небольшие (1-1,5 мм) жировые пятна. Здесь же оседают и тромбы, призванные «закрыть» повреждения сосудистого русла. Помимо пятен, на артериях сердца и аорте

могут появляться липидные полосы протяженностью до нескольких миллиметров.

Формирование соединительнотканной бляшки (липосклероз). Впоследствии мягкое и рыхлое липидное пятно подвергается склеротическим изменениям и укрепляется соединительной тканью. Так холестериновая бляшка становится плотнее, ее размеры увеличиваются, а просвет сосудов, питающих сердце, соответственно, уменьшается.

Кальцификация бляшки и развитие осложнений. При активных склеротических процессах и закрытии бляшкой просвета коронарных артерий на $\frac{1}{3}$, у пациента уже могут возникнуть симптомы нарушения коронарного кровоснабжения. Полная облитерация сосудов, питающих сердце, может привести к такому серьезному осложнению, как инфаркт миокарда. Чем «старше» холестериновая бляшка, тем сложнее от нее избавиться: укрепленные слоем фиброзных волокон, свернувшихся тромбов и кальцификатов отложения холестерина практически не подвергаются удалению.

Предложенный в конце 1980-х годов термин «острый коронарный синдром» (ОКС), обоснованно получивший широкое распространение, как на Западе, так и у нас в стране и обозначающий обострение ИБС, носит синдромное значение и используется временно до окончательного установления диагноза инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии. Включает понятия: острый инфаркта миокарда, ИМпST, инфаркт миокарда без подъёма ST на ЭКГ (ИМбпST), инфаркта миокарда, диагностированный по изменениям ферментов, по другим биомаркёрам, по поздним ЭКГ признакам, и нестабильную стенокардию [2, с. 25].

1.3. Вероятные факторы риска инфаркта миокарда

Большинство связанных с питанием сердечно - сосудистых заболеваний, включая инфаркт, инсульт, ревматизм и стенокардию, имеют главной причиной не нарушение углеводного и жирового обмена, а переизбыток запасов белков в

организме.

Утолщение базальных мембран кровеносных сосудов и соединительных тканей, вызванное накоплением белков, негативно сказывается на жизнедеятельности всех клеток организма. Где бы в организме ни возникла подобная закупорка, это неминуемо вызывает преждевременное старение клеток.

Клетки получают достаточное питание и органы продолжают нормально функционировать в любом возрасте в случае, если стенки сосудов сохраняют проницаемость, эластичность и первоначальную толщину.

Жиры и холестерин отнюдь не являются главными виновниками закупорки стенок кровеносных сосудов и потому не должны считаться основной причиной сердечно - сосудистых или каких-либо других заболеваний.

Накопление же белков в стенках сосудов является тем фактором, который объединяет всех пациентов, страдающих пищевым атеросклерозом. Поскольку большинство жителей развитых стран постоянно потребляют белки в огромных количествах, ишемическая болезнь сердца становится главной причиной их смерти.

Большинство основных факторов, приводящих к инфаркту, прямо или косвенно связаны с потреблением белковой пищи и накоплением белков в стенках кровеносных сосудов. На повышенный риск возникновения инфаркта указывают следующие факторы:

1) *Гемоконцентрация (сгущение крови)*. Гематокрит (отношение объема форменных элементов крови к объему плазмы; дает представление о степени гемоконцентрации или гидремии) определяется с помощью простого анализа крови. Если он выше 42 процентов, риск возникновения инфаркта увеличивается. Гематокрит здорового человека составляет от 35 до 40 процентов.

Исходя из предположения, что повышенный уровень белков в крови не вредит здоровью, многие врачи все еще склонны считать гематокрит, доходящий до 50 процентов, нормой [9, с. 56 - 57].

Однако исследования показали, что при гематокрите, составляющем 49 процентов, инфаркты случаются вдвое чаще, чем при гематокрите равном 42 процентам. То, что с повышением уровня гематокрита повышается риск инфаркта, — неопровержимый факт.

Сгущение крови подвергает здоровье человека большой опасности. Чтобы справиться с опасно высокой концентрацией белков в крови, поджелудочная железа выделяет дополнительный объем инсулина, который может повреждать и ослаблять стенки кровеносных сосудов.

Сочетание обоих факторов — повышенного гематокрита, указывающего на сгущение крови, и повышенной концентрации гемоглобина в эритроцитах — приводит к ухудшению кровообращения [9, с. 58].

2) *Чрезмерное потребление белков животного происхождения с пищей.* Большинство пациентов, перенесших сердечный приступ, на протяжении всей жизни или в течение очень многих лет потребляли большое количество белков животного происхождения (мясо, птица, рыба, яйца, сыр). У вегетарианцев же инфарктов почти не бывает.

3) *Курение.* Курение значительно повышает риск развития сердечно - сосудистых заболеваний. Однако это связано не столько с действием возбуждающего нервную систему никотина, который полностью разлагается в считанные часы, сколько с действием угарного газа (оксид углерода, угарный газ), содержащегося в табачном дыме.

Из легких оксид углерода попадает в кровь, где прикрепляется к гемоглобину, причем делает это в триста раз быстрее и сильнее, чем кислород. Таким образом, он препятствует снабжению клеток кислородом.

Эритроциты, перегруженные гемоглобином, соединенным с молекулами оксида углерода, начинают лопаться и их белковые останки насыщают плазму крови, пока значительная их часть не отложится в базальных мембранах стенок сосудов. Когда эти хранилища белков полностью заполняются, белковый «мусор» начинает скапливаться в стенках артерий.

Это делает оксид углерода, содержащийся в табачном дыме, смертельным

хоть и замедленного действия, ядом, который, приводя к образованию большого количества белкового «мусора», уничтожает сердце и сосуды.

Пассивные курильщики также вдыхают большое количество угарного газа, поэтому они в такой же мере подвержены риску развития ишемической болезни сердца.

4) Генетическая предрасположенность к пониженному протеолизу.

В организме людей, конституция которых для поддержания здоровья не требует потребления белков с пищей, не имеется достаточно эффективной системы ферментов для расщепления белков. Поскольку конституция определяется преимущественно наследственностью, эта генетическая неэффективность передается из поколения в поколение.

Те люди, у кого в семье были случаи инфарктов, по-видимому, подвержены повышенному риску возникновения инфаркта из-за возможных наследственных факторов, но в целом роль наследственности в сердечно - сосудистых заболеваниях невелика.

Куда большее значение имеет то, что в одной семье люди едят одинаковую пищу, ведут схожий образ жизни и имеют похожую конституцию, которой может быть присуща неэффективная система расщепления белков.

5) Менопауза. Женщины, злоупотребляющие белковой пищей и/или курящие, попадают в группу риска в тот период своей жизни, когда менструации становятся нерегулярными или прекращаются совсем. Пока не наступила менопауза и репродуктивная система работает нормально, регулярная потеря крови с менструациями в большой мере защищает организм женщины от накопления опасного количества белков.

Этим можно объяснить тот факт, что женщины до сорока лет с нормальным менструальным циклом почти не подвержены риску возникновения инфаркта — в отличие от мужчин.

Все характеристики крови (включая эритроциты, гемоглобин, гематокрит и общее количество белков) у женщин до сорока лет ниже, чем у мужчин, относящихся к той же возрастной группе [9, с. 59 - 60].

Исследования показали, что у мужчин в возрасте от тридцати до сорока лет инфаркты случаются в шесть раз чаще, чем у женщин того же возраста. Инфаркт у женщины с нормальным менструальным циклом — вообще редкость.

Если после прекращения менструаций женщина продолжает потреблять белки животного происхождения, концентрация белков в крови начинает неуклонно расти.

К пятидесяти годам вероятность возникновения инфаркта у такой женщины становится практически такой же, как и у мужчин того же возраста.

И чем раньше начинается менопауза, тем выше риск. У женщин, которым удалили яичники до тридцати пяти лет, вероятность возникновения инфаркта в семь раз выше, чем у тех, у которых начинается климакс. Приливы, переживаемые многими женщинами во время климакса, чаще всего свидетельствуют о повышении показателей крови. Это происходит потому, что увеличиваются запасы белков в организме (избыток белков уже больше не выводится из организма во время менструаций).

Было обнаружено, что потребление большого количества молочных продуктов ускоряет формирование атеросклеротических отложений и вызывает остеопороз [9, с. 61].

б) Недостаток в рационе фруктов и овощей, малоподвижный образ жизни. Результаты недавнего исследования, опубликованные в журнале, сообщили тем, кто действительно заботится о своем сердце, идею такого рода: «Чтобы сердце было здоровым, лекарства не нужны».

Двести шестьдесят ученых на протяжении десяти лет пристально наблюдали за состоянием 15 тысяч пациентов, перенесших инфаркт. Параллельно шло наблюдение за контрольной группой, состоявшей из такого же количества людей, у которых не было никаких проблем с сердцем. Исследование проводилось одновременно во многих странах. В числе испытуемых были мужчины и женщины разных возрастов, относящиеся к разным культурам и придерживающиеся разных режимов питания.

Теми, кто считает высокий уровень ЛПНП («плохого» холестерина) важным фактором риска возникновения инфаркта, результат данного исследования может быть воспринят как шок [9, с. 62].

Согласно INTERHEART, главным фактором, увеличивающим риск возникновения инфаркта, является аномально высокое отношение количества аполипопротеина В (апоВ) к количеству аполипопротеина А1 (апоА1). Аполипопротеин — это белковый компонент холестерина. АпоВ содержится в ЛПНП, а апоА1 — в ЛПВП. Идеальным является соотношение 1 апоВ: 2 апоА1.

Иными словами, сам по себе повышенный уровень «плохого» холестерина (ЛПНП) большой опасности для сердца не представляет.

Вместе с тем статиновые препараты прописываются именно ради понижения уровня ЛПНП. Все внимание сосредоточено на том, чтобы уменьшить содержание холестерина в крови и поддерживать его на низком уровне. Если это делается при помощи лекарств, у вас могут возникнуть ненужные проблемы [9, с. 65].

Из-за многочисленных побочных эффектов статиновых препаратов ни о чем не подозревающие здоровые люди миллионами превращаются в реальных пациентов с реальными (вызванными употреблением лекарств) болезнями.

В своем отчете исследователи перечислили такие важнейшие после соотношения аполипопротеинов факторы, как (в порядке убывания риска) курение, диабет, высокое кровяное давление, избыточные отложения жира в области живота, стресс, недостаточное потребление фруктов и овощей, отсутствие физических упражнений.

Вопреки ожиданиям тех, кто лоббирует взаимосвязь между холестерином и сердечно - сосудистыми заболеваниями, для повышенного уровня холестерина места в этом списке не нашлось.

В заключении к этому десятилетнему исследованию ученые пишут, что риск возникновения инфаркта можно снизить на 80%, делая всего три вещи: регулярно занимаясь спортом и физическими упражнениями, включив в рацион достаточно фруктов и овощей и воздерживаясь от курения.

Исключение из рациона белков животного происхождения способствует восстановлению функции сердца, и иногда это происходит уже в течение шести недель. Поэтому ученые пришли к выводу, что белковая диета, которая, как никакая другая, способствует образованию вредных кислот, нарушает баланс аполипопротеинов и вызывает воспалительную реакцию в коронарных артериях, тем самым подвергая здоровье сердца огромной опасности.

7) *Заболевания почек.* Многие люди даже не подозревают о том, что у них хроническая почечная недостаточность. Когда же наконец начинают появляться симптомы, часто оказывается, что нанесенный почкам урон невосполним. Однако нас интересует вопрос о том, как это связано с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Два новых исследования, результаты которых были опубликованы в сентябре 2004 года в «New England Journal of Medicine», выявили четкую взаимосвязь между хронической почечной недостаточностью и сердечно - сосудистыми заболеваниями.

В связи с этим профилактика почечных заболеваний становится как никогда актуальной. В одном из этих исследований ученые изучили медицинские данные более миллиона пациентов, средний возраст которых составил пятьдесят два года. Ученых интересовали результаты анализа, измеряющего скорость гломерулярной фильтрации (СГФ), т. е. скорость, с которой почки фильтруют кровь, очищая ее от шлаков. Выяснилось, что при снижении СГФ риск возникновения сердечно - сосудистых заболеваний, инсульта, госпитализации и смерти резко возрастает. У пациентов с СГФ менее 45 вероятность смерти увеличивается на 17 процентов, а вероятность развития сердечно - сосудистых заболеваний — более чем на 40 процентов.

Второе исследование проводилось в отделении кардиологии одной из бостонских больниц. Ученые обнаружили, что для пациентов, имеющих СГФ ниже 45, риск летального исхода после инфаркта возрастает более чем на 45 процентов [9, с. 67 - 68].

Отметив, что факторы, сопутствующие заболеваниям почек (такие, как

альбумин в моче, высокий уровень гомоцистеина, воспалительные процессы и анемия), могут повышать риск развития сердечно - сосудистых заболеваний и смерти, исследователи пришли к выводу, что даже в умеренной степени почечная недостаточность является важным фактором риска возникновения осложнений после инфаркта.

Чтобы почки функционировали нормально, необходимо следить не только за их состоянием, но и за состоянием толстой кишки и печени. Здоровье почек во многом зависит от эффективной работы пищеварительной системы.

Кроме того, чтобы они могли эффективно фильтровать кровь, базальные мембраны сосудов, через которые кровь поступает в клетки почек, должны быть избавлены от белковых отложений. Состояние почек зависит также от пропускной способности лимфатических протоков, по которым из почек выводятся продукты обмена веществ.

Закупорка крупнейшего лимфатического протока (грудного) приводит к тому, что шлаки застаиваются в почках, которые медленно задыхаются в токсичных отходах собственной жизнедеятельности.

Ключевой момент: к продуктам, способствующим застою лимфы, относятся белки животного происхождения, молоко, сыр, обезжиренные продукты.

Кроме очищения главных органов системы выделения, есть и другие меры профилактики почечной недостаточности: придерживаться диеты с низким содержанием белков, принимать пищу в определенные часы, спать с 22:00 до 6:00, заботиться о своем эмоциональном здоровье и следовать другим советам, которые содержатся в книге Андреас Мориц «Нет болезням сердца». Если почки будут здоровы, то и состояние сердца будет вызывать меньше опасений [9, с. 70 - 71].

8) *Антибиотики и другие синтетические лекарства.* Становится все более очевидным, что лекарства, оказывающие угнетающее действие на любой орган, подрывают здоровье сердца.

Каждый раз, когда вы пытаетесь помешать организму очиститься посредством простуды, вирусной инфекции или воспалительного процесса от накопленных токсинов и шлаков, на сердце возлагается трудная задача — загнать обратно выделяемые вредоносные шлаки.

С каждой новой попыткой снять боль, подавить инфекцию, снизить уровень холестерина и т. д. из организма выходит все меньше шлаков. Часть их застревает в лимфатических сосудах, по которым из сердца выводятся продукты обмена веществ, и закупоривает их. К числу главных виновников этого подрывающего здоровье сердца процесса относятся антибиотики.

Многие годы эти лекарства выписывали направо и налево, зачастую пытаясь с их помощью бороться даже с теми инфекциями, против которых они бессильны (вроде простуды или гриппа). Общеизвестно, что антибиотики уничтожают бактерии, но не вирусы. А недавно обнаружилось, что популярный антибиотик эритромицин может быть причиной остановки сердца [9, с. 72].

1.4. Клинические проявления заболевания

Главный симптом инфаркта миокарда - это боль в области сердца. По данным различных авторов, в первые сутки заболевания болевой синдром наблюдается у 82 - 97,5 % больных. Боль имеет характер такой же, что и при стенокардии, но часто отличается тяжестью, продолжительностью и отсутствием эффекта от использования нитроглицерина [3, с. 182].

Характерные симптомы первичного инфаркта миокарда, диагноз устанавливается с указанием даты возникновения (до 28 суток). Чаще всего боль при инфаркте миокарда носит сжимающий, давящий, сковывающий характер, локализуется в предсердной области, иррадирует, как правило, в левое плечо, или руку, шею, нижнюю челюсть, а также в межлопаточную область. Иногда она распространяется сразу на несколько областей. Рецидивирующий инфаркт миокарда развивается в срок 8 недель после

первичного. Повторный инфаркт миокарда развивается спустя 8 недель после предыдущего.

В зависимости от глубины некротического поражения сердечной мышцы выделяют инфаркт миокарда трансмуральный - с некрозом всей толщи мышечной стенки сердца (чаще крупноочаговый), интрамуральный – с некрозом в толще миокарда, субэндокардиальный – с некрозом миокарда в зоне прилегания к эндокарду, субэпикардиальный – с некрозом миокарда в зоне прилегания к эпикарду.

А также яркая клиническая картина с типичным и выраженным болевым синдромом наблюдается при крупноочаговом (трансмуральном) инфаркте сердца [5, с. 85].

Течение болезни разделяют на определенные периоды:

Прединфарктный. У 43–45% больных этот период отсутствует, т.к. болезнь начинается внезапно. Большинство пациентов перед инфарктом отмечают учащение приступов стенокардии, загрудинные боли становятся интенсивными и продолжительными. Изменяется общее состояние – снижается настроение, появляется ощущение разбитости и чувство страха. Эффективность антиангинальных средств значительно снижается.

Острейший период (от 30 мин до нескольких часов). При типичной форме острый инфаркт сопровождается нестерпимой загрудинной болью с иррадиацией в левую сторону туловища – руку, нижнюю челюсть, ключицу, предплечье, плечо, область между лопатками. Редко под лопатку или левое бедро. Боли могут быть жгучими, режущими, давящими. Некоторые ощущают распирающие в груди или ломоту. В течение нескольких минут боль достигает своего максимума, после чего сохраняется до часа и дольше, то усиливаясь, то ослабевая.

Острый период (до 2 суток, при рецидивирующем течении до 10 дней и дольше). У подавляющего большинства пациентов проходит острая нестерпимая боль. Нарушения проводимости и ритма сохраняются, также как и артериальная гипотензия.

Подострый период (длительность – 1 месяц). Общее состояние пациентов улучшается: температура нормализуется, проходит одышка. Полностью или частично восстанавливается сердечный ритм, проводимость, звучность тонов, но блокада сердца регрессу не поддается.

Постинфарктный период. Некротическая ткань окончательно заменяется плотным рубцом. Сердечная недостаточность устраняется за счет компенсаторной гипертрофии сохранившегося миокарда, но при обширной площади поражения полная компенсация невозможна. В этом случае проявления сердечной недостаточности прогрессируют [6, с. 136].

Начало боли сопровождается сильной слабостью, появлением обильного липкого (профузного) пота, чувством страха смерти, учащением сердцебиения. При объективном обследовании выявляется бледность кожи, липкий пот, тахикардия и другие нарушения ритма (экстрасистолия, фибрилляция предсердий), возбуждение, одышка в покое. Впервые минуты повышается артериальное давление, потом резко понижается, что свидетельствует о развивающейся недостаточности сердца и кардиогенном шоке. Тоны сердца при аускультации приглушены. Появление ритма галопа говорит о левожелудочковой недостаточности, от степени выраженности, которой зависит аускультативная картина легких. Жесткое дыхание, хрипы (влажные) подтверждают застой крови в легких. В результате перифокального воспаления и некроза появляется лихорадка, сохраняющаяся на протяжении всего периода. Температура поднимается до 38,5 С°; высота ее подъема зависит от размера некротического очага.

При мелкоочаговом инфаркте мышцы сердца симптоматика менее выражена, течение болезни не такое четкое. Редко развивается недостаточность сердца. Аритмия выражается в умеренной тахикардии, которая бывает не у всех больных [4, с. 63].

Признаки атипичных форм инфаркта миокарда:

- астматическая форма - характерен кашель, приступы удушья, проливной холодный пот;

- абдоминальная форма проявляется болями в эпигастральной области, рвотой, тошнотой;

- отечная форма бывает при массивном очаге некроза, приводящем к тотальной сердечной недостаточности с отеками, одышкой;

- церебральная форма характерна для пожилых пациентов с выраженным атеросклерозом не только сердечных, но и мозговых сосудов. Проявляется клиникой ишемии головного мозга с головокружениями, потерей сознания, шумом в ушах;

- аритмическая форма - единственным ее признаком может быть пароксизмальная тахикардия;

- стертая форма отличается отсутствием жалоб;

- периферическая форма - боли могут быть только в руке, подвздошной ямке, нижней челюсти, под лопаткой. Иногда опоясывающая боль схожа с болями, возникающими при межреберной невралгии.

А так же развитие инфаркта миокарда может вызвать и другие симптомы:

- нарушение сердечного ритма, одышка с частым поверхностным дыханием;

- слабый пульс, слабость, потливость, бледность кожных покровов, тошнота;

- резкое повышение артериального давления с последующим его снижением [5, с. 90].

1.5. Профилактические мероприятия по предупреждению возникновения инфаркта миокарда

Профилактика при инфаркте миокарда, традиционно разделяется на несколько видов [4, с. 96].

Первичная профилактика направлена на предотвращение наступления заболевания и выявление факторов риска его развития, обязательна к

проведению всем, кто входит в группу риска по болезни. Рекомендуется всем для поддержания собственного здоровья.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение повторного развития патологического состояния (рецидива), проводится только уже заболевшим пациентам, всегда включает лекарственный компонент.

Не медикаментозная профилактика действует на управляемые факторы риска заболевания, на повышение общей устойчивости всех систем организма к действию внешней среды.

Лекарственная профилактика воздействует на имеющиеся проблемы со здоровьем, которые могут ухудшить или даже вызвать кардиологическую патологию [14, с. 197].

Медицинские осмотры. Основным элементом своевременного выявления рисков возникновения инфаркта – это регулярное (не реже одного раза за 1–2 года) медицинское обследование. Его цели — это получение полной информации о болезнях сосудов и сердца в семье, оценка общего состояния, выявление факторов риска и сопутствующих заболеваний, рекомендации по коррекции [3, с. 44].

Без таких осмотров невозможно установить, относится ли человек к группе высокого риска по развитию болезни, и вовремя провести профилактические действия.

Отказ от курения. Никотин – основной из управляемых факторов риска развития заболеваний сосудов и сердца в общем, а инфаркта в частности.

Для табакокурения нет безопасного порога – даже несколько сигарет в день повышают возможность наступления нарушения кровотока в тканях сердечной мышцы у здоровых людей в два раза по сравнению с некурящими.

Для пациентов с имеющимися проблемами кардиологического характера такой риск возрастает до 3–4.

После перенесенного инфаркта возможность наступления повторного, а также вероятность летального исхода в два раза выше у курящих пациентов.

После полного отказа от употребления никотина в любой форме риски

снижаются в течение первых двух лет, сравниваясь с таковыми у некурящих.

Если самостоятельно избавиться от зависимости не удастся, то существующие лекарственные препараты повышают успешность на 20–30 %. Специализированные средства для бросающих курить назначает врач с учетом имеющихся противопоказаний к применению [5, с. 56].

Нормализация веса и полноценное питание. Здоровое полноценное питание и поддержание массы тела в пределах рекомендуемых цифр ИМТ (индекса массы тела) снижают риск развития сердечных болезней на 25 %.

Здоровым считают такой вес, при котором индекс массы тела находится в пределах 19–25. Излишняя худоба вредна, так же как и избыточная масса.

Добиваться нормальных значений показателя нужно постепенно, без голодовок и значительных ограничений в пище. Максимально допустимая потеря веса в течение месяца – 2–4 кг, более высокие цифры повышают риск возникновения сердечных патологий и вероятность быстрого возвращения веса.

Для достижения долгосрочного результата без вреда для организма необходимо рассчитать индивидуальную норму суточного потребления калорий. Для снижения веса создать дефицит 500–600 ккал в сутки либо для поддержания массы не выходить за полученное значение.

Помимо этого, важно придерживаться общих требований к здоровому питанию:

- повышение кратности приема за счет снижения разового объёма пищи;
- употреблять продукты в «правильном» сочетании по углеводам, белкам и жирам;
- не злоупотреблять солью;
- избегать жареного, особенно на жирах животного происхождения.

Есть только за столом, не отвлекаясь на разговоры и внешние раздражители (телевизор, книги, радио).

Более подробную информацию по здоровому питанию можно получить у врача или в соответствующих источниках [5, с. 58].

Умеренное потребление алкоголя. Со спиртосодержащими продуктами

ситуация такова, что они повышают риск нарушения сердечного кровотока в обоих крайних вариантах: полного отказа от употребления и чрезмерного использования.

Рекомендованное для здоровья количество в пересчете на этанол составляет в сутки: 30 граммов для мужчин и 20 граммов для женщин.

Не стоит употреблять газированные варианты алкогольной продукции даже в допустимых суточных пределах. А говоря о профилактике, стоит перейти на крепкий и качественный алкоголь или сухое красное вино [6, с. 48].

Физические нагрузки на свежем воздухе. Любые виды физических упражнений тренируют сердечную систему и способствуют поддержанию необходимой для нормального кровотока эластичности сосудов. Для того чтобы нагрузки приносили только пользу, нужно придерживаться основных правил: постепенное увеличение интенсивности, никакой чрезмерной активности, обязательная регулярность занятий.

Для сердечной мышцы идеальным видом тренировок является ходьба на свежем воздухе. В среднем рекомендовано проходить около 3,5–4 км минимум 3 раза в неделю. Скорость шага определяет исходное состояние здоровья – при наличии кардиологической патологии - темп медленный, здоровый миокард и сосуды – быстрый.

При проведении любой нагрузки необходимо придерживаться правила: ускорение сердцебиения не должно превышать 90% от максимально допустимого пульса («220 минус возраст»), а лучше держать частоту в пределах 50–60% от верхней границы.

Если есть соматические и кардиологические заболевания, то интенсивность физических упражнений подбирает врач, исходя из данных обследования сердца (кардиограмма с нагрузками).

Выполняя умеренные и регулярные физические упражнения, можно снизить риск развития инфаркта на 20–25 %. Но в случае перерыва более 2–3 недель эффекта уже не будет [6, с. 50].

Нормализация режима труд-отдых. Без достаточного количества

отдыха в организме происходят множественные патологические перестройки:

- чрезмерная активация коры надпочечников, что в итоге ведет к гипертензии, атеросклерозу и инфаркту;

- изменение мозгового кровотока в сторону усиления, при этом высокое содержание почечных гормонов часто приводит к спазмам и вторичным нарушениям поступления крови;

- нарушение гормонального статуса во всех системах, грозящее множественными расстройствами от пищеварения до половой функции.

Все вместе – частая причина острого нарушения поступления крови к сердечной ткани. Поэтому рекомендуют минимум 8 часов ночного сна для мужчин и 9 – для женщин. При интенсивных трудовых нагрузках – перерывы каждые 2 часа по 10–15 минут с использованием их для небольших физических разминок [6, с. 71].

Психотерапия. Любые стрессы и реакция на них организма создают предпосылки для изменения артериального давления в сторону повышения, что является одной из основных причин нарушения кровотока в сердце.

В ходе медицинского осмотра оценка психологического статуса человека – важный этап профилактики. В зависимости от степени изменений реакции показано проведение: домашних аутотренингов, индивидуальных и совместных занятий с психологом, лекарственной поддержки.

Постоянное психоэмоциональное напряжение повышает риск развития кардиальных изменений на 20–30% и является главной причиной неожиданной смерти от сердечных заболеваний в молодом возрасте [7, с. 52].

Лекарственная профилактика. Используется как дополнительный механизм для предотвращения инфаркта миокарда главным образом у пациентов из группы риска и уже имеющих кардиологическую патологию.

Медикаментозная поддержка включает ряд препаратов – это статины, ацетилсалициловая кислота, гормоны.

Прогноз. Профилактика инфаркта миокарда, проводимая регулярно и в полном объёме, позволяет снизить риск его развития на 80 %, а также

увеличить продолжительность жизни на 8–10 лет.

Вторичные профилактические мероприятия снижают возможность повторного нарушения кровотока и развития фатальных осложнений на 30–40% в сравнении с группой пациентов, отказавшихся выполнять рекомендации [12, с. 74].

Выводы:

1. В древние времена из-за отсутствия у врачей глубоких знаний анатомии и физиологии, а также невозможности обследовать пациента теми методами, которыми располагает современная медицина, инфаркт миокарда считался казуистикой, каким-то редким и необычным заболеванием, которым страдают единицы. Поставить прижизненный диагноз «инфаркт миокарда» и оказать квалифицированную помощь также не представлялось возможным. Первые успехи в распознавании истинной картины и причин заболевания были достигнуты лишь в конце 19 века и тесно связаны с разработкой в этот период электрокардиографии как метода диагностики;

2. Обобщая теоретические аспекты по проблеме исследования, было выявлено следующее: инфаркт миокарда представляет собой недуг, который обусловлен возникновением некроза участка мышечного слоя сердца, появляющегося в результате возникновения острой ишемии, связанной с закупориванием внутреннего просвета ветви коронарных артериальных сосудов образующимся тромбом.

Учитывая особенности жизни современного человека, существует тенденция не только к увлечению числа больных заболеваниями сердечно - сосудистой системы, но и к «омоложению» данных заболеваний;

3. Основным клиническим признаком — является интенсивная боль за грудиной (ангинозная боль). Однако болевые ощущения могут носить переменный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке;

4. Исходя из всего вышеописанного, основным направлением работы фельдшера следует считать просвещение населения в данном вопросе. Во-

первых, должны проводиться разъяснительные беседы о факторах развития инфаркта миокарда, таких как табакокурение, которое является одним из основных факторов повреждения коронарных сосудов, а также о других вредных привычках. Во – вторых, должны пропагандировать здоровый образ жизни, занятия спортом и физическими упражнениями. Обучать правильному питанию и способствовать освоению методик борьбы со стрессом, т. е вызвать интерес у населения к здоровому образу жизни;

5. Для ведения эффективной профилактики фельдшер должен своевременно выявлять людей с высоким риском развития сердечно - сосудистых заболеваний, чтобы снизить вероятность их возникновения. Тщательно обследовать пациентов и проводить профилактическое консультирование по обучению их самоконтролю, ведению дневника АД, а также мотивировать их к повышению медицинской активности и своевременному прохождению диспансеризации.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА

2.1. Результат анкетирования

Анкетирование пациентов проводилось с целью определения уровня знаний населения о факторах риска возникновения и развития заболеваний сердечно - сосудистой системы, а также об их профилактике. 63% опрошенных составили женщины, 37% - мужчины. Общее число опрошенных 30 человек (рис. 1).

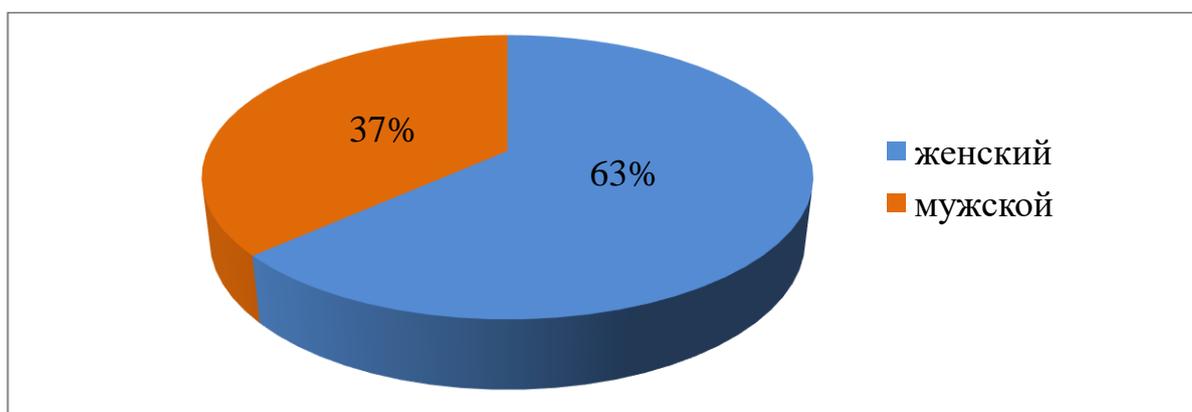


Рис. 1. Половая принадлежность респондентов

Анкетирование проводилось среди представителей различных возрастных групп. 63% респондентов указали свой возраст в группе до 39 лет, 23% от 40 до 49 лет, 7% составили респонденты в возрасте от 50 до 59 лет и 7% старше 60 лет (рис. 2).

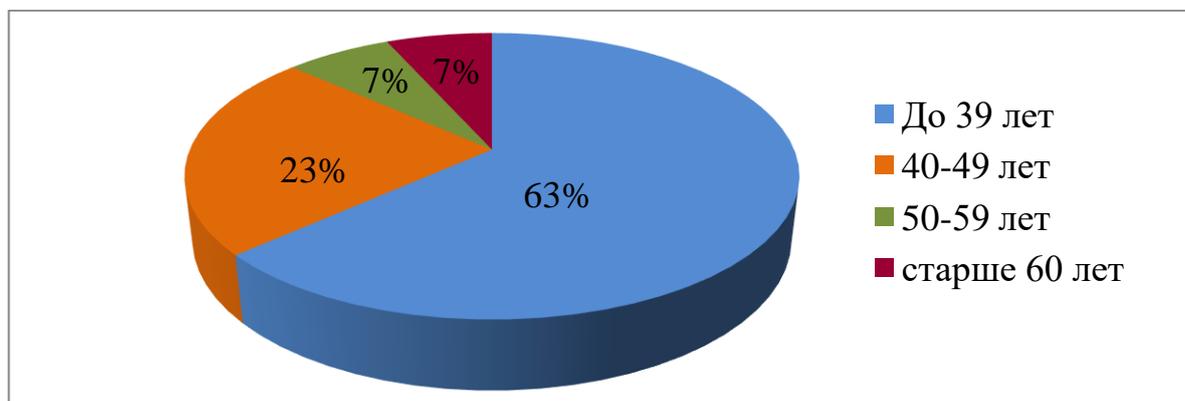


Рис. 2. Возраст респондентов

54% респондентов имеют массу тела от 50 до 70 кг, 23% от 70 до 90 кг, 13% респондентов весят 90 кг и более, и лишь 10% опрошенных менее 50 кг (рис. 3).

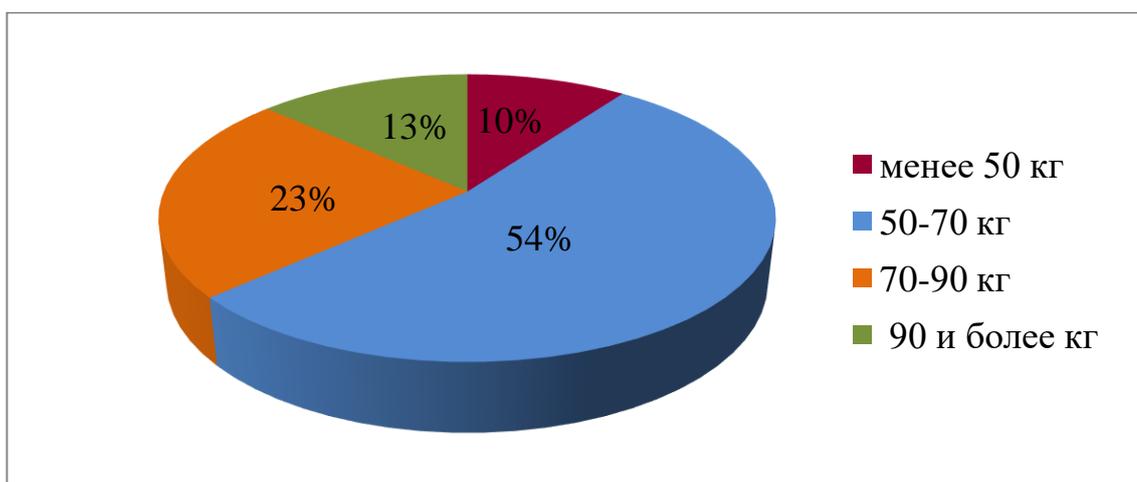


Рис. 3. Масса тела респондентов

43% респондентов отрицают наличие у себя заболеваний сердечно - сосудистой системы, 57% на вопрос о наличии заболеваний сердечно - сосудистой системы ответили утвердительно (рис. 4).

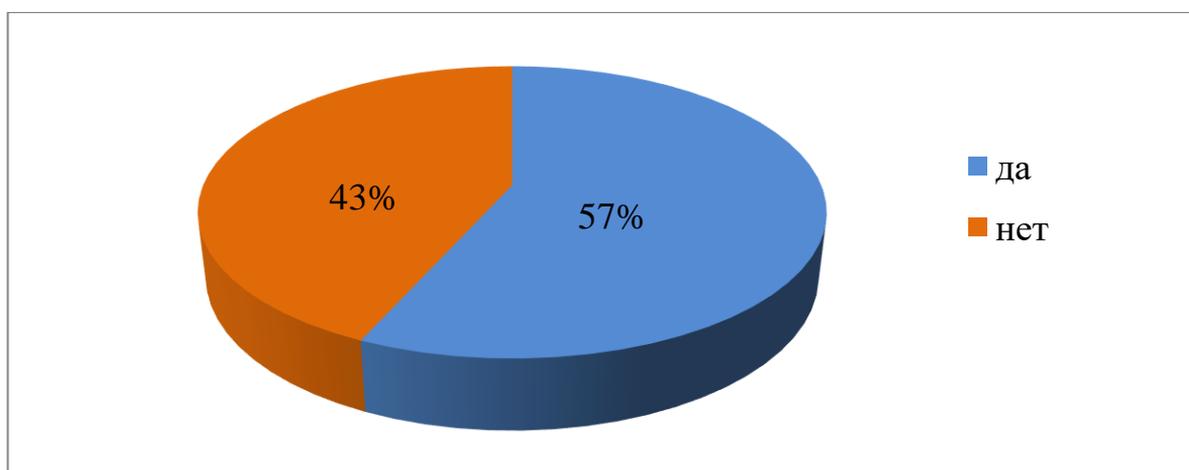


Рис. 4. Наличие заболеваний сердечно - сосудистой системы у респондентов

На вопрос «о наличии заболеваний сердца у кровных родственников», 67% анкетированных ответили утвердительно, указав при этом возраст больных от 40 до 50 лет, 13% ответили, что не имеют родственников с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, а 20% респондентов затруднились ответить (рис. 5).

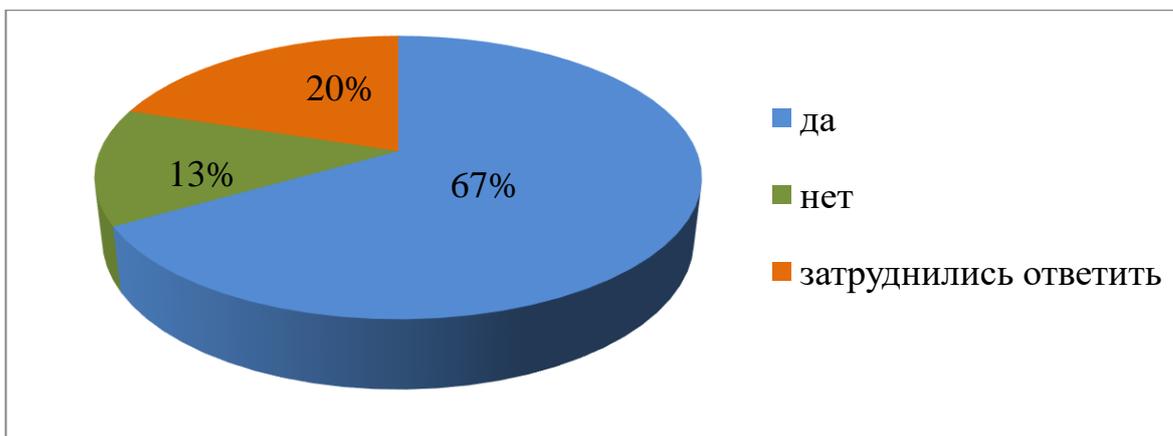


Рис. 5. Наличие у кровных родственников заболеваний сердца

На вопрос, «курите ли Вы», ответы респондентов распределились, таким образом, отрицательно ответили 80% респондентов, 13% выкуривают от 1 до 10 сигарет в день, 7% курят более 11 сигарет в сутки (рис. 6).

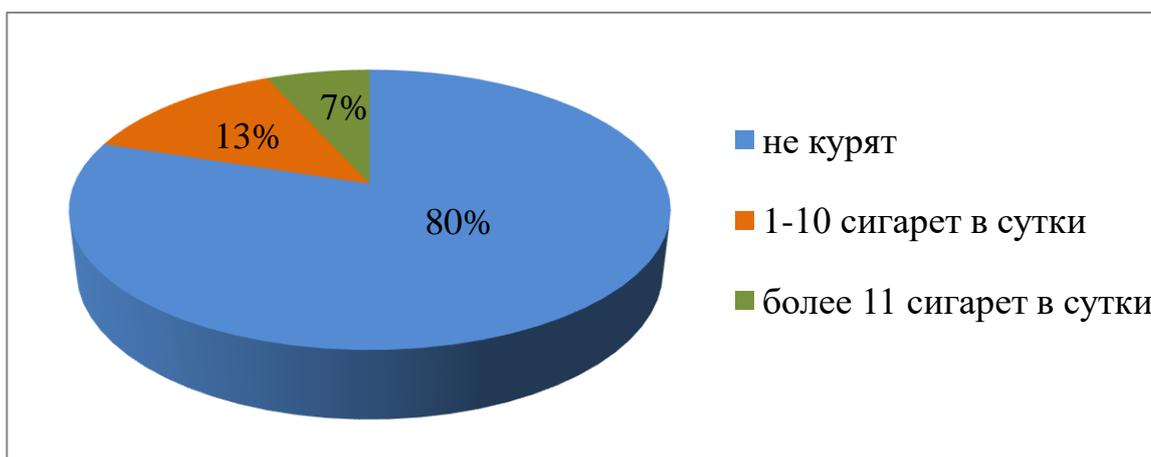


Рис. 6. Количество курящих респондентов

На вопрос, «испытываете ли Вы сильное эмоциональное напряжение (стресс)», респонденты распределились, таким образом, 20% опрошенных живут в постоянном стрессе, 63% испытывают стресс периодически, а 17% считают, что умеют расслабляться и стресс не оказывает на них значительного влияния (рис.7).

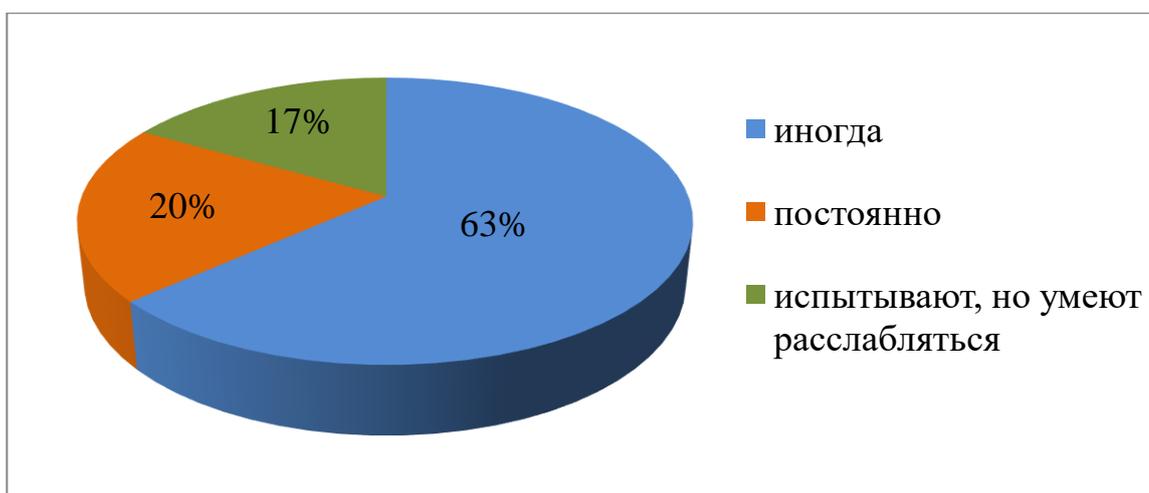


Рис.7. Эмоциональное напряжение респондентов

Пищевые привычки респондентов характеризуют следующие данные – 44% стараются придерживаться правильного питания и умеренно употреблять жирные, мясные и мучные продукты. 33% едят, что хотят и когда хотят. 13% любят сладкое, мучное, жареное и острое. 10% сидят на специальной диете, ограничивают себя в питании (рис. 8).



Рис.8. Пищевые предпочтения респондентов

Употребление алкоголя отрицают 30% опрошенных, 40% выпивают по праздникам, 20% 1 раз в неделю, 10% от 2 до 3 раз в неделю (рис. 9).

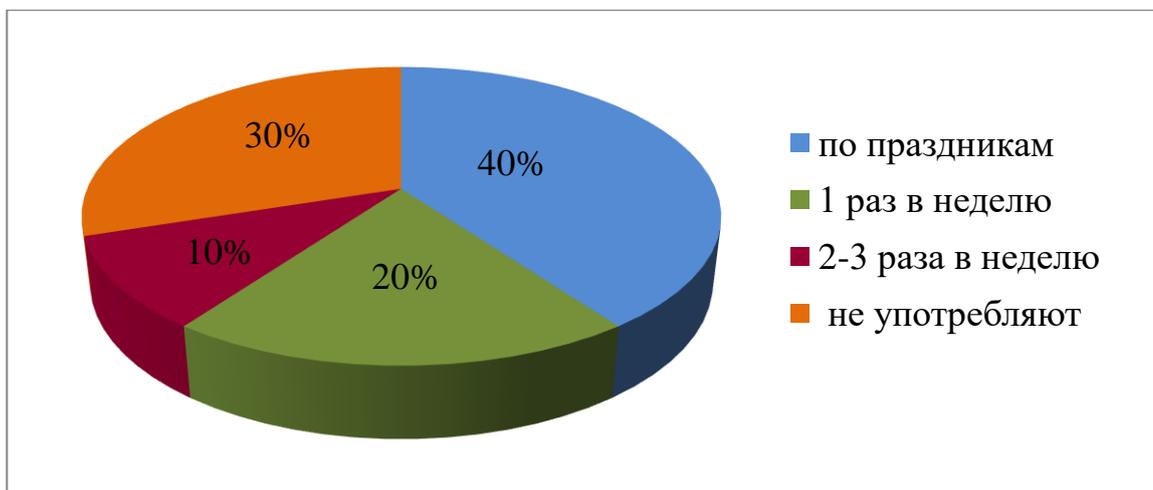


Рис. 9. Количество респондентов употребляющих алкоголь

Уровень физической активности респондентов существенно различается. 50% много ходят пешком, 23% от 2 до 3 раз в неделю посещают спортзал, 10% делают утреннюю зарядку, а 17% ведут малоподвижный образ жизни (рис. 10).

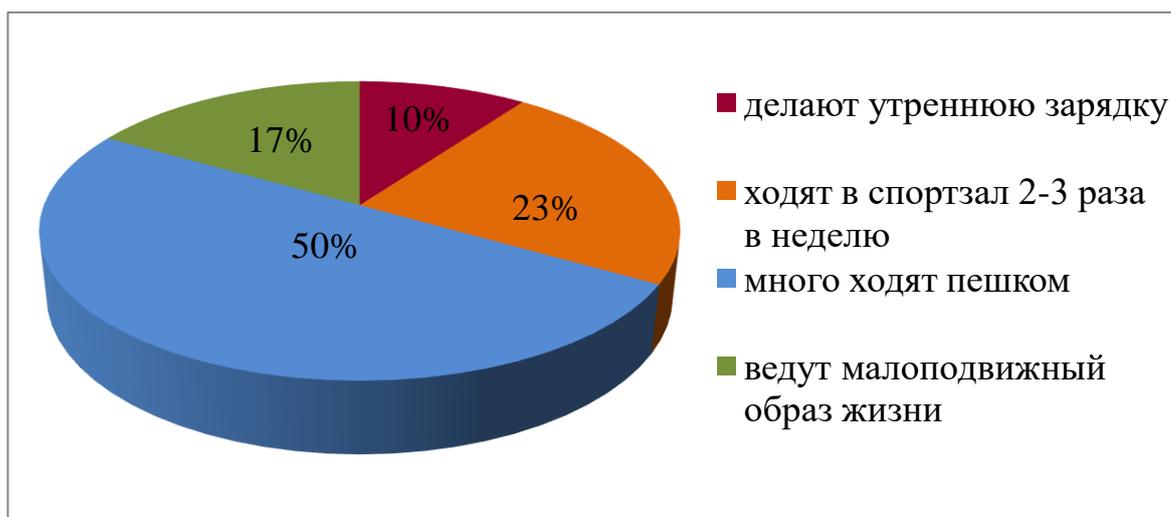


Рис.10. Уровень физической активности респондентов

Среди возможных причин возникновения заболеваний сердца 26% опрошенных указали вредные привычки, 18% назвали стресс. 13% считают, что причиной является большая нагрузка на сердце и ожирение, 10% назвали атеросклероз, 5% винят малоподвижный образ жизни. 15% затруднились ответить (рис. 11).

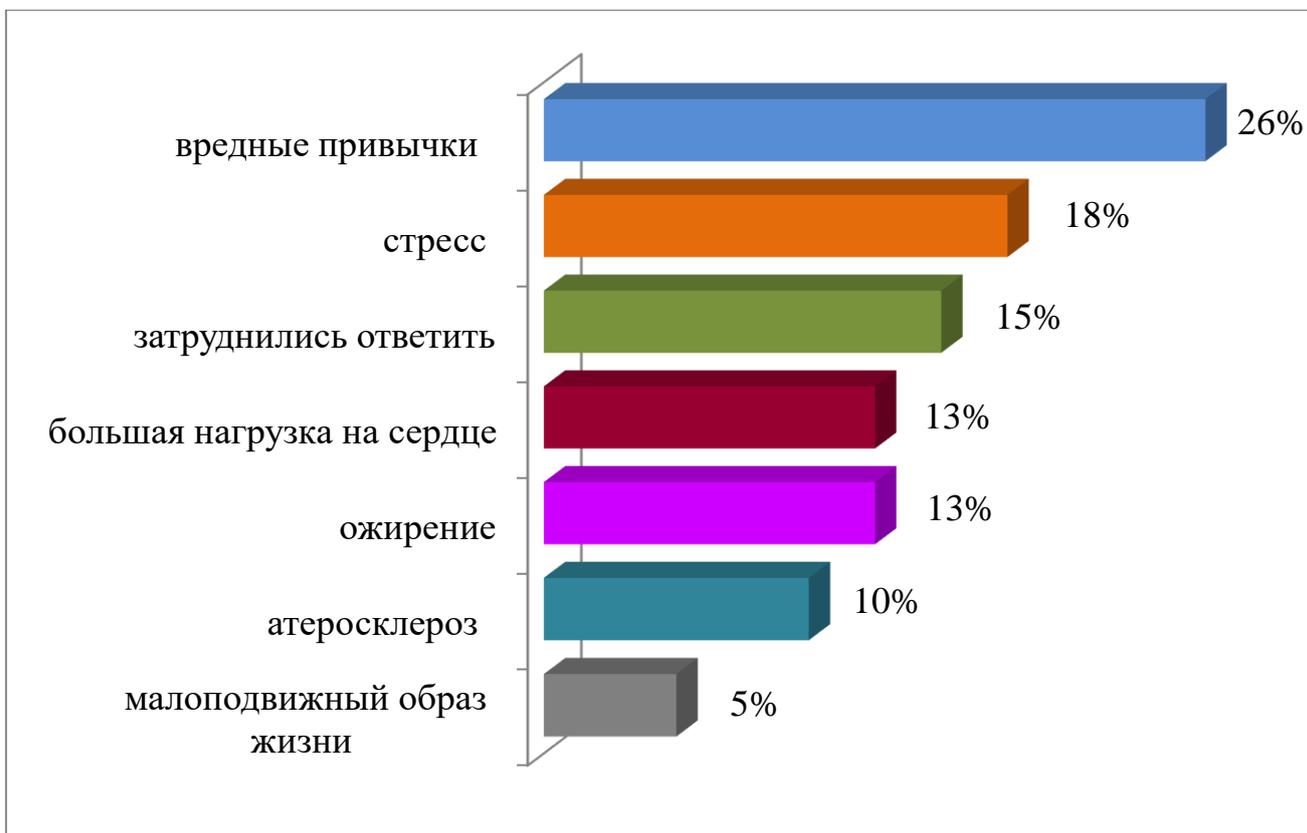


Рис.11. Возможные причины возникновения заболеваний

60% респондентов считают, что здоровый образ жизни может уберечь от заболеваний сердца, 17% назвали хорошей профилактикой отказ от вредных привычек, 6% рассчитывают на правильное питание и лишь 17% уверены, что невозможно предупредить возникновение заболеваний сердечно - сосудистой системы (рис. 12).

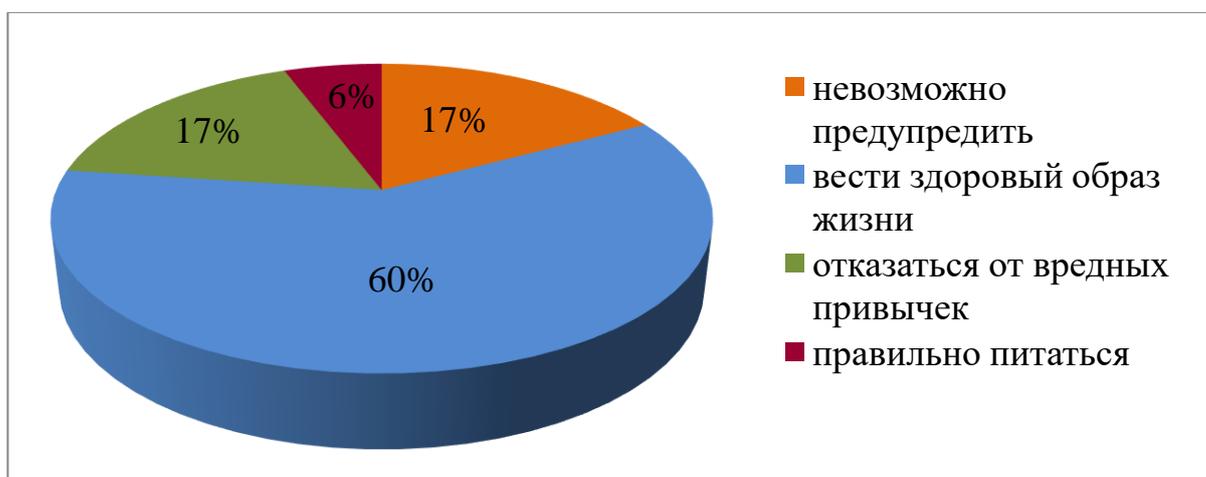


Рис.12. Способы предупреждения возникновения заболеваний

Для контроля состояния своего здоровья 22% опрошенных проходят диспансеризацию, 10% регулярно посещают врача, 10% проходят профосмотры на работе. 46% к врачу обращаются только в экстренных случаях, а 12% не обращаются вообще и занимаются самолечением (рис. 13).

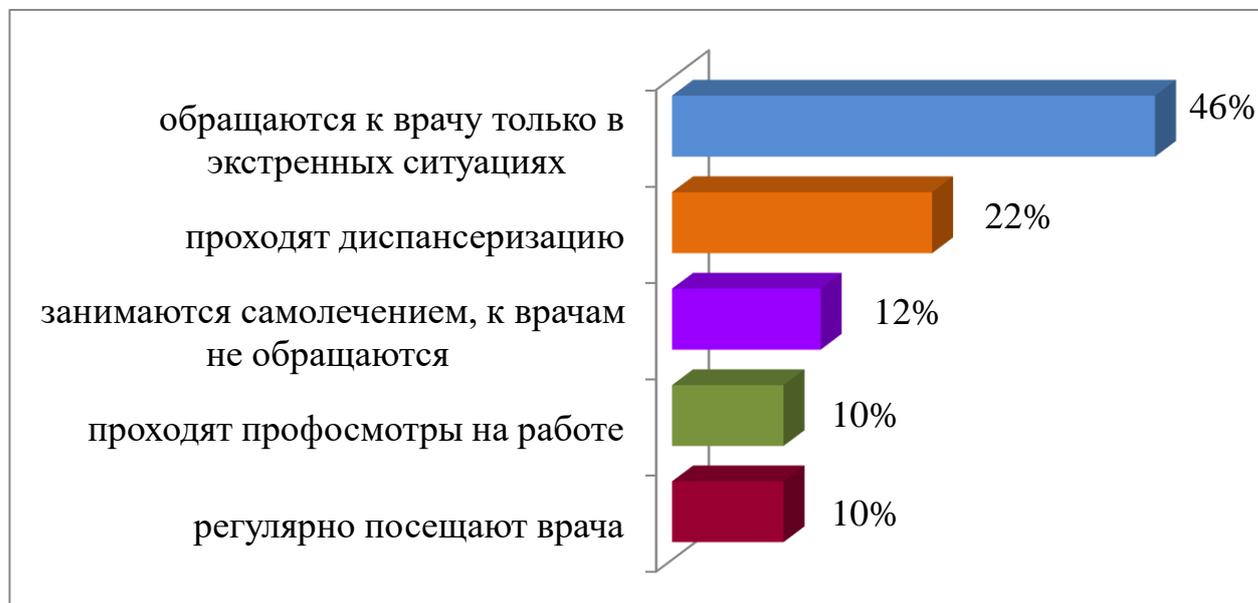


Рис.13. Способы контроля здоровья

В вопросе о том, «какую дополнительную информацию о заболеваниях сердца вы бы хотели получить» 61% опрошенных, отдали предпочтение профилактике, а 39% хотели бы больше узнать о причинах (рис. 14).

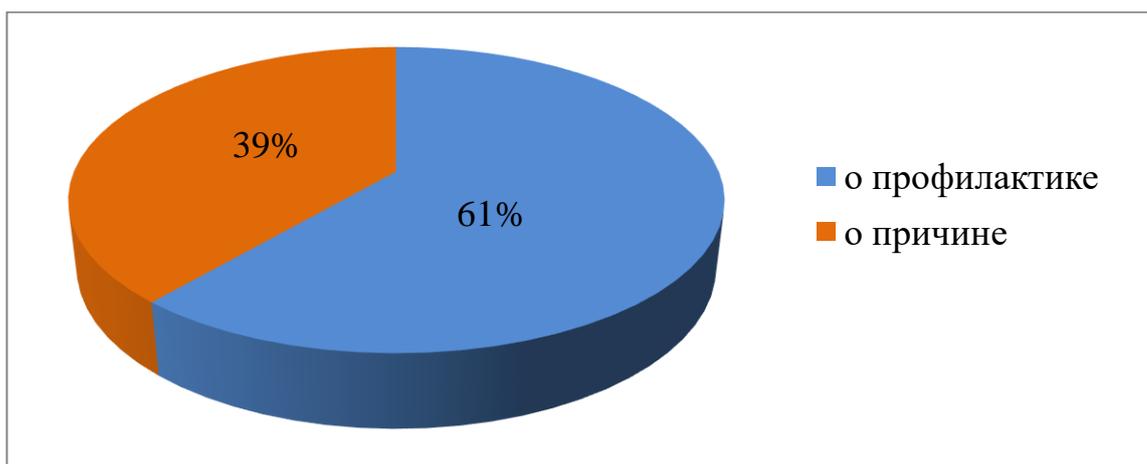


Рис.14. Дополнительная информация

Таким образом, анализируя данные анкетирования, можем составить «портрет среднестатистического респондента» - это человек в возрасте до 39 лет, имеющий массу тела 50-70 кг, отрицающий наличие у себя заболеваний

сердечно - сосудистой системы и не имеющий кровных родственников с такими заболеваниями. Он не курит, но по праздникам употребляет алкоголь. Периодически испытывает стресс, старается придерживаться правильного питания и много ходит пешком. Он считает, что здоровый образ жизни убережет его от возможных проблем с сердцем, так как не знает точно о причинах возникновения заболеваний. К врачу обращается только в крайнем случае и поэтому хотел бы больше узнать о профилактике.

Выводы:

1. Анализ ответов респондентов показывает, что 43% опрошенных отрицают наличие у себя сердечно - сосудистых заболеваний, но непонятно, на чём основывается их уверенность. С учётом того, что 63% периодически испытывают стресс, и в общей сложности 55% регулярно не обследуются (45% обращаются к врачу лишь в крайнем случае, а 10% занимаются самолечением) можно предположить, что среди них есть люди, принадлежащие к группе риска, но не знающие об этом. Данное предположение можно подтвердить ещё и тем, что 26% опрошенных отметили, что не знают о причинах возникновения заболеваний и 100% хотели бы иметь больше информации, из них 60% интересуется профилактика, а 40% - причины;

2. С целью определения уровня знаний населения о факторах риска возникновения и развития заболеваний сердечно - сосудистой системы, а также об их профилактике, проведено анкетирование 30 человек. Из них 63% респондентов составили женщины, 37% - мужчины. Большая часть опрошенных (63%) от общего числа респондентов, принадлежит к возрастной группе до 39 лет;

3. Условно наиболее «критическими» факторами риска считаются заболевания сердечно - сосудистой системы, самолечение или обращение к врачу только в экстренных случаях, «нездоровый» образ жизни – сочетание гиподинамии, нерационального питания, вредных привычек и хронический стресс. О наличии у себя заболеваний сердечно - сосудистой системы знают 57% респондентов, следовательно, они входят в группу риска.

Отягощённый семейный анамнез – у 67% опрошенных есть родственники с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, 20% затруднились с ответом на вопрос, то есть теоретически возможен и положительный ответ. В общей сложности получается 87%. Если пациент болен сам и имеет отягощенный семейный анамнез степень риска значительно возрастает.

46% не контролируют своё питание, а предпочитают острое, жирное, мучное или едят что и когда хотят, без режима. Нарушения диеты могут привести к ожирению, атеросклерозу сосудов и спровоцировать развитие инфаркта миокарда. Здоровье сердца этих респондентов под угрозой.

46% к врачу обращаются лишь в экстренных ситуациях, то есть не знают о состоянии своего здоровья, 12% не обращаются вообще и занимаются самолечением. Суммируя значения, получаем 58% потенциальных пациентов кардиолога. Присутствие сразу нескольких факторов риска в жизни одного пациента, даже если по отдельности эти факторы легко устранимы, может в итоге привести к серьёзным проблемам.

4. Заметна тенденция к увеличению знаний населения о здоровом образе жизни и стремлению к нему. Это подтверждается ответами на вопросы о вредных привычках – 80% опрошенных отрицают табакокурение и 30% говорят о том, что вообще не употребляют алкоголь. Однако 17% опрошенных считают, что невозможно уберечься от сердечно - сосудистых заболеваний, то есть ничего не знают об их профилактике. 61% хотели бы больше узнать о предотвращении инфаркта миокарда, то есть они недовольны своим уровнем знаний или считают этот уровень недостаточным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность фельдшера в выявлении факторов риска и профилактике инфаркта миокарда имеет важное значение не только в нашей стране, но и во всём мире, особенно в развитых странах. Более одного миллиона россиян ежегодно умирают от сердечно - сосудистых заболеваний, из них 634 тыс. был поставлен диагноз - инфаркт миокарда. Как видно из статистических данных за последние три года, рассмотренных в данной дипломной работе, осложнения инфаркта миокарда возникают в 45% всех случаев инфаркта миокарда. Большинство этих осложнений являются несовместимыми с жизнью.

Это связано с широкой распространенностью факторов риска развития патологии, к которым относится гипертония, курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, сахарный диабет, наследственная предрасположенность, малоподвижный образ жизни, постоянные стрессы и переутомление.

Изучив теоретические вопросы заболевания инфаркта миокарда можно сделать вывод, что главной задачей предупреждения развития заболевания является устранение или максимальное снижение величины тех факторов риска, для которых это возможно. Для этого еще до появления первых симптомов необходимо придерживаться рекомендаций по модификации образа жизни.

За три года среди заболеваний ИБС больше всего пациентов пролечилось с диагнозом инфаркта миокарда 46,6%, на втором месте с диагнозом нарушения ритма 24,90%, на третьем месте диагнозом стенокардии 16,8%.

Около 15-20% больных инфарктом миокарда погибают на догоспитальном этапе, еще 15% - в больнице. Общая летальность при инфаркте миокарда - 30-35% (в США - 140 человек в день). Большая часть больничной летальности приходится на первые двое суток, поэтому основные лечебные мероприятия проводят именно в этот период.

В результате исследования было подтверждено, что компетентность

фельдшера в вопросах своевременного выявления факторов риска развития заболевания и профилактике ишемической болезни сердца способствует снижению заболеваемости, именно профилактика является одной из приоритетных задач здравоохранения.

Вывод:

1. С проблемой инфаркта миокарда человечество знакомо давно и в настоящее время она не потеряла своей актуальности. До конца 19 века заболевание можно было диагностировать только посмертно, в связи с недостатком знаний об анатомии и физиологии человека и невозможностью провести обследование. В конце 19 века был разработан метод электрокардиографии, что дало врачам новые диагностические возможности. Также продолжались исследования и изучение клинических случаев, накапливалась база наблюдений за пациентами;

2. В настоящее время установлено, что инфаркт миокарда не является внезапно возникшим заболеванием, а обязательно имеет место продромальный синдром и в случае, если человек уделит достаточно внимания своему здоровью можно существенно снизить риск инфаркта;

3. Несколько десятилетий назад данное состояние считалось характерным для пациентов в возрасте старше 60 лет, но в данный момент кардиологи бьют тревогу – инфаркты стремительно «молодеют». А также серьёзную проблему представляет тот факт, что молодые пациенты чаще умирают на догоспитальном этапе, или у них развиваются осложнения, приводящие к тяжёлой инвалидизации и потере трудоспособности;

4. Но есть и ряд положительных моментов – многолетнее изучение проблемы привело к тому, что врачи могут точно указать факторы риска, наличие которых в жизни пациента повышает вероятность развития патологии сердечно - сосудистой системы. Такими факторами являются: избыточный вес, гиподинамия, вредные привычки, хронические заболевания, отягощённый семейный анамнез, постоянный стресс, атеросклероз сосудов. Низкая медицинская активность населения и недостаточная информированность

людей о профилактике заболеваний также представляют собой серьёзную проблему;

5. Именно в вопросах выявления пациентов, принадлежащих к группе риска, ведения санитарно-просветительной и мотивации населения к ведению здорового образа жизни и приверженности лечению, если уже имеются хронические заболевания, невозможно переоценить роль специалистов первичного звена. По программе управления здоровьем специалисты первичного звена чаще всего общаются с пациентами, владеют информацией не только об их физическом состоянии, но также знают их семейную ситуацию, условия проживания и могут первыми выявить неблагоприятные изменения в жизни пациента, которые могут впоследствии привести к развитию сердечно - сосудистой патологии. Медицинская наука стремительно развивается, но и учёные и врачи сходятся во мнениях, что основное внимание необходимо уделять профилактике. Личная ответственность пациента за своё здоровье и его активное участие в его сохранении ключ к решению проблем.

Рекомендации для пациентов по снижению риска возникновения инфаркта миокарда:

1. Получить объективную оценку состояния своего здоровья – пройти диспансеризацию и если будут даны дополнительные рекомендации, то следовать им;

2. Определить находится ли индекс массы тела (ИМТ) в пределах нормы. Если да, то поддерживать его, если нет, то обратиться к диетологу для разработки индивидуального плана постепенного снижения веса с учётом возраста, пола, имеющихся соматических патологий;

3. Определить уровень сахара в крови;

4. Контролировать своё артериальное давление и уровень содержания холестерина в крови. Для разных людей «норма» разное, определить её поможет лечащий врач;

5. Отказаться от вредных привычек. Если вы не курите, то следить за тем, чтобы не находиться среди курящих – «пассивное» курение не менее опасно,

чем активное;

6. Тренируйте свою память – известно, что «беспокойные умы», которым всё и всегда интересно, намного позже начинают испытывать проблемы с памятью, вниманием;

7. Высыпайтесь! Недостаток сна губителен не только для сердца и сосудов, но и снижает моральную устойчивость, таким образом, невыспавшийся человек более подвержен стрессу, а стресс является ещё одним провоцирующим фактором возникновения инфаркта миокарда;

8. Не оставайтесь в одиночестве и не замыкайтесь в себе. Проводите больше времени с близкими, гуляйте в парке, измените, привычный маршрут и ходите пешком в магазин. Движение – жизнь!

9. Старайтесь мыслить позитивно и с оптимизмом смотреть в будущее, устраивайте себе «информационную паузу» за два часа перед сном. Вместо просмотра новостей почитайте любимую книгу, послушайте релаксирующую музыку, помедитируйте.

Рекомендации фельдшеру по работе с пациентами с целью снижения риска возникновения инфаркта миокарда:

1. Устанавливать доверительные отношения с пациентом, не применять «формальный подход». Доверие пациента к врачу – залог успеха лечения и более высокие шансы приверженности пациента к рекомендациям;

2. Читать современные публикации, посвящённые сердечно - сосудистым заболеваниями, их ранней диагностике и профилактике. Принимать участие в онлайн – конференциях и вебинарах;

3. Вести просветительскую работу с пациентами, повышать их медицинскую активность и уровень информированности о профилактике заболеваний, их симптомах и возможных осложнениях в случае несвоевременного обращения к врачу;

4. Выявлять пациентов из «группы риска» по возникновению инфаркта миокарда, обучать их навыкам измерения артериального давления, работе с тонометром;

5. Иметь настороженность относительно «стёртых» и «атипичных» форм заболевания, доверять своей «медицинской интуиции» и проявить бдительность, если состояние пациента внушает опасения или реакция не адекватна оказываемой помощи (болевого приступ не купируется, пациент угнетён, паникует;

6. Не оставлять без внимания психологическое состояние пациента и его социальный статус – одиночество, ощущение ненужности, бытовые проблемы, проблемы с самообслуживанием могут привести к значительному ухудшению состояния здоровья человека.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Способствовать распространению телемедицины и современных информационных технологий для того, чтобы даже в отдалённых районах специалисты были в курсе всех новинок в лечении, а также могли в режиме реального времени получить консультацию узкого специалиста или собрать консилиум;

2. Мотивировать к постоянному обучению – это частичная компенсация затрат на подписки на периодические издания (бумажные и электронные), субсидии на покупку спецлитературы на отделение ФАП;

3. Своевременная замена в отдалённых районах изношенного или морально устаревшего оборудования, обучение персонала работе с ним;

4. Широкое внедрение социальной рекламы, информирование населения о симптомах инфаркта миокарда, азах неотложной помощи;

5. Улучшение контакта между медработниками и социальными службами с целью повышения качества жизни одиноких людей, находящихся в сложной жизненной ситуации;

6. Пропаганда здорового образа жизни не только «словом», но и личным примером медработников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов, Г. П. Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов [Текст] / Г. П. Арутюнов. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. -504 с.
2. Беленков, Ю.Н. Кардиология [Текст]: учебное пособие / Ю.Н Беленков - Москва, 2015.
3. Волкова, Э.Г. Инфаркт миокарда. Позиции общественного здоровья, фундаментальной медицины, клинической практики, врачей и пациентов [Текст]: монография / Под ред. Э.Г.Волковой [авт. кол.: Э.Г.Волкова, С.Ю.Левашов, Ю.И.Евченко и др] . -Челябинск: ЧГМА , 2014. - 414с.
4. Гринхальх, Т.Основы доказательной медицины [Текст]: пер. с англ.: учебное пособие для медицинских вузов / Т. Гринхальх ; под ред. И. Н. Денисова, К. И.Сайткулова -3-е изд. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. -282, с.: ил.
5. Гринштейн, Ю.И. Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Текст] / под ред. Ю.И. Гринштейна. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. -224 с.: ил.
6. Ивашкин, В.Т Пропедевтика внутренних болезней. Кардиология [Текст]: учебное пособие / В.Т. Ивашкин, О.М. Драпкина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
7. Люсов, В.А. Госпитальная терапия [Текст] / В.А. Люсов, О.А. Байкова О.А., Е.М Евсиков и др. / Под ред. В.А. Люсова - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 480 с.
8. Люсов, В.А. ЭКГ при инфаркте миокарда [Текст]: атлас / В.А. Люсов, Н.А.Волов, И.Г. Гордеев. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 76 с.
9. Мориц, А. Нет болезням сердца [Текст] / А. Мориц; пер. с англ. П.А. Самсонов. – 2- е изд. – Минск; «Попурри», 2014. – 112 с.: ил.
10. Никишова, В.Н. Кардиология [Текст]: (учебное пособие) / В.Н. Никишова, Е.Ю. Францева -2016.
11. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно - сосудистых заболеваний [Текст]: учебное пособие: Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина, 20014. – 216 с.: ил.

12. Повзун, С.А. Патологическая анатомия в вопросах и ответах [Текст]: учебное пособие / С.А. Повзун - 2-е изд., переработано и дополнено. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 176 с.
13. Порядин, Г. В. Патофизиология [Текст] / под ред. Г. В. Порядина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 592 с.
14. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» [Текст]: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей / Р.Г. Сединкина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 272 с.
15. Старовойтова, И. М. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная / И. М. Старовойтова, К. А.Саркисов, Н. П. Потехин - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013, - 606 с.
16. Сторожаков, Г.И. Руководство по кардиологии. Том 1 [Текст] / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова - М.: ГЭОТАР - Медиа, . - 2013. - Т. 1. - 672 с.
17. Сторожаков, Г.И. Руководство по кардиологии [Текст]: учебное пособие. В 3 томах. / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017 – 672 с.
18. Струков, А. И. Патологическая анатомия [Текст]: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 880 с.
19. Судаков, К.В. Физиология человека: Атлас динамических схем [Текст]: учебное пособие / К.В. Судаков, В.В. Андрианов, Ю.Е. Вагин, И.И. Киселев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.
20. Сыркин, А. Л. Острый коронарный синдром [Текст] / А. Л. Сыркин, Н. А. Новикова, С. А. Терехин – М.: Медицинское информационное агентство, 2016. – 458 с.
21. Фрид, М. Кардиология в таблицах и схемах [Текст] / Под ред. М. Фрида и С. Грайнс. Пер. с англ. - М., Практика. - 2015. - 736 с.
22. Шпектор, А. В. Кардиология [Текст]: клинические лекции.– М.: Аст -

Астрель, 2015.

23. Щукин, Ю.В. Атлас ЭКГ [Текст]: учебное пособие / Ю.В. Щукин, Е.А. Суркова, В.А. Дьячков - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 260 с.

24. Якушин, С.С. Инфаркт миокарда [Текст]: руководство / С.С. Якушин – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. -224 с.: ил. - (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

25. Ячная, А. Н. Подборка лучших способов профилактики инфаркта [Текст] / А. Н. Ячная, 2018.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! С целью изучения уровня знаний населения о возможных факторах риска и профилактике сердечно - сосудистых заболеваний проводится анкетирование. Просим Вас отметить нужный вам ответ.

Анкетирование проводится анонимно.

1. Укажите Ваш пол

- а) женский
- б) мужской

2. Укажите Ваш возраст

- а) До 39 лет
- б) 40-49 лет
- в) 50-59 лет
- г) старше 60 лет

3. Какова Ваша масса тела

- а) менее 50 кг
- б) 50 - 70 кг
- в) 70 – 90 кг
- г) 90 и более кг

4. Есть ли у Вас заболевания сердечно - сосудистой системы?

- а) да
- б) нет

5. Укажите, были ли у кровных родственников заболевания сердца

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

6. Курите ли Вы

- а) не курю
- б) 1-10 сигарет в сутки
- в) более 11 сигарет в сутки

7. Испытываете ли Вы сильное эмоциональное напряжение (стресс)

- а) иногда
- б) постоянно
- в) испытываю, но умею расслабляться

8. Ваши пищевые предпочтения

- а) стараюсь придерживаться правильного питания
- б) сижу на специальной диете
- в) люблю сладкое, мучное, жареное, острое
- г) ем, что и когда хочу

9. Употребляете ли Вы алкоголь (в том числе и пиво)

- а) по праздникам
- б) 1 раз в неделю
- в) 2-3 раза в неделю
- г) не употребляю

10. Какой у Вас уровень физической активности

- а) делаю утреннюю зарядку
- б) хожу в спортзал 2-3 раза в неделю
- в) много хожу пешком
- г) веду малоподвижный образ жизни

11. Как Вы думаете, в чем заключается причина заболеваний сердца

- а) большая нагрузка на сердце
- б) атеросклероз
- в) ожирение
- г) вредные привычки
- д) малоподвижный образ жизни
- е) стресс
- з) затрудняюсь ответить

другое _____

12. Как можно уберечь себя от заболеваний сердца

- а) невозможно предупредить
- б) вести здоровый образ жизни
- в) отказаться от вредных привычек
- г) правильно питаться

другое _____

13. Как Вы контролируете свое здоровье

- а) прохожу диспансеризацию
- б) регулярно посещаю врача
- в) прохожу профосмотры на работе
- г) обращаюсь к врачу только в экстренных ситуациях
- д) занимаюсь самолечением, к врачам не обращаюсь

другое _____

14. Какую дополнительную информацию о заболевании сердца Вы бы хотели получить?

- А) О профилактике
- Б) О причинах

Другое _____

Благодарим за участие!