

№ 15 Гіпертонічний криз

Гіпертонічний криз - це раптове значне підвищення АТ від нормального або підвищеного рівня, яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи.

Отже, гіпертензивний криз – це раптове значне підвищення АТ.

Основні чинники, які приводять до розвитку гіпертонічних кризів:

- психоемоціональні стресові ситуації; - надмірне вживання повареної солі; - зміни погоди та коливання атмосферного тиску (частіше реєструють ГК весінне-осінні місяці рідше – взимку і літом); - припинення прийому клофеліну після лікування оптимальними дозами на протязі 3 місяців і більше; - раптова відміна симпатолітиків (бета-блокатори, альфа-блокатори тощо); - введення діуретиків пацієнтам на феохромоцитому; - вплив інфекційних захворювань (під час епідемій грипу частота ГК зростає) та інш.

Виділяють 3 типи порушення центральної гемодінамики при ГК:

- **гіперкінетичний** (систоличний) - характеризується збільшенням ударного та хвилинного об'єму крові, збільшенням ЧСС при нормальному або зниженому ОПСС. Розвивається частіше при ГК I типу або нейровегетативному варіанті криза);
- **гіпокінетичний** (діастолічний) - характеризується підвищенням ОПСС при нормальному або навіть зниженому рівням ударного і хвилинного об'єму серця. Відмічається у пацієнтів при 3 стадії ГХ;
- **еукінетичний** (систо-діастолічний) - хвилинний і ударний об'єм серця суттєво не знижується, а ОПСС підвищено помірно. Розвивається у пацієнтів з ГХ 2 стадії. На фоні початково підвищеного систолічного і діастолічного АТ у цих пацієнтів частіше розвиваються порушення мозкового кровообігу з загальними руховими порушеннями, інтенсивним головним болем, нудотою, блювотою.

Клінічна картина гіпертонічних кризів.

Виділяють 3 типи гіпертонічних кризів:

ГК першого типу - нейровегетативний, характеризується гіперкінетичним типом порушення гемодінамики, він розвивається при ГХ 1 стадії. **Виникає раптово** на фоні задовільного стану пацієнта, без передвісників. **Пацієнти скаржаться**: на різкий головний біль, мерехтіння «мушок» перед очима, нудоту, нерідко блювання, дроз по всьому тілу, біль в ділянці серця, серцебиття, відчуття страху, сухість у роті. Шкірні покрови гіперемійовані, вкриті потом, пізніше шкіра стає бліда. Пацієнт збуджений, пульс прискорений, напружений. Можливе підвищення температури тіла до субфебрилітету. Підвищений переважно систолічний тиск до 200 мм рт. ст. і вище, діастолічний тиск підвищується помірно на 20-30 мм рт. ст. Пульсовий тиск підвищений. Сечовипускання - виділення великої кількості світлої сечі.

ГК другого типу - водно-сольовий, характеризується гіпокінетичним типом порушення гемодінамики, ускладнює перебіг ГХ 2-3 стадії. Для нього характерно **мени гострий початок**, більш тривалий і тяжкий перебіг - від декілька годин до 4-5 діб. **Кризу передуює**: відчуття ознобу (без підвищення температури), м'язова слабкість, відчуття перебоїв і тяжкості в ділянці серця,

зменшення діурезу, значна одутлість обличчя (переважно вранці). **Під час кризи:** тяжкість у голові, різкий біль у потиличній ділянці, подавленність, скованість, дезорієнтація. сонливість аж до сопорозного стану. **Іноді відмічається:** парестезії, порушення чутливості, афазія, нудота, блювання. Пульс напружений, але не прискорений. Рівномірне підвищення систолічного і діастолічного тиску зі зменшенням пульсового.

ГК третього типу - судомний (зустрічається рідко). Він є проявою або ускладненням злоякісної форми ГХ. **Початок** - раптовий. **Під час кризи:** нестерпний головний біль, біль в животі, головокружіння, блювання, іноді порушення зору. АТ підвищується до 250-300/140-170 мм рт. ст.. **Продовжується** - від декількох годин до 2-3 діб, пацієнт втрачає свідомість, з'являються клонімотонічні судоми. По закінченню нападу пацієнт знаходиться деякий час без свідомості, відмічаються залишкові порушення зору, амнезія. Судоми можуть рецидувати. Іноді виникають крововиливи, уремія.

Ускладнені гіпертензивні кризи

1.	Інфаркт міокарда
2.	Інсульт
3.	Гостра розшаровуюча аневризма аорти
4.	Гостра недостатність лівого шлуночка
5.	Нестабільна стенокардія
6.	Аритмії (пароксизми тахікардії, фібриляції та трипотіння передсердь шлуночкова екстрасистолія високих градацій)
7.	Транзиторна ішемічна атака
8.	Еклампсія
9.	Гостра гіпертензивна енцефалопатія
10.	Кровотеча (в т. ч. носова)

Неускладнені гіпертензивні кризи характеризуються відсутністю клінічних ознак гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, проте вони становлять потенційну загрозу життю хворого, оскільки несвоєчасне надання допомоги може призвести до появи ускладнень і смерті. Такі кризи супроводжуються, як правило, появою чи посиленням симптомів з боку органів-мішеней (інтенсивним головним болем, болями у ділянці серця, екстрасистолією) або з боку вегетативної нервової системи (вегетативно-судинні порушення, тремтіння, часте сечовиділення).

Невідкладна допомога при гіпертонічних кризах.

Медична сестра повинна вміти надати долікарську допомогу при ГК, дотримуючись такої послідовності:

- виміряти АТ;
- покласти пацієнта у ліжку з піднятим підголовником;
- **викликати лікаря;**
- надати психічний і фізичний спокій;
- поставити гірчичники на потиличну ділянку і литкові м'язи;
- зробити гарячі або гірчичні ніжні ванни; - зробити теплі ванни для рук;
- покласти холодний компрес до голови;

- приготувати необхідні лікарські препарати (під керівництвом лікаря медична сестра вводить пацієнту необхідні лікарські засоби).

Список лікарських засобів для екстреного купірування гіпертонічного кризу:

- **клофелін** - в/в 1 мл 0,01 % розчину у 10-15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- **дроперидол** - по 4-6 мл 0,25 % розчину у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду струминно, повільно;
- **фуросемід** - 40-80 мг в/в повільно;
- **пентамін** - в/в 1 мл 5 % розчину розчиняють у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 1-1,5 мл 2 % розчин бензогексонія;
- **нітрогліцерин** - в/в розчинивши 6 мл 1 % розчину (3 ампули) препарату в 100 мл 5 % розчину глюкози;
- **обзідан** - в/в 1 мл 0,1 % розчину у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- **верапаміл** - в/в струйно 2 мл 0,25 % розчину у 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Додаткові засоби для екстреного купірування гіпертонічного кризу:

- **дібазол** - в/в 8-12 мл 1 % розчину у 10-15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- **магнія сульфат** - в/м 10 мл 25 % розчину;
- **діазепам** - в/в 4 мл 0,5 % розчину в 10-20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду;
- **еуфілін** - в/в 10 мл 2,4 % розчину в 10-20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Повільне купірування (на протязі декількох годин) гіпертонічних кризів.

Повільне купірування ГК (на протязі 12-24 годин) проводиться при неускладненому та не загрозливому перебігу. Для купірування таких варіантів кризу застосовують засоби у формах для вживання внутрішньо.

Для цього застосовують тільки капсули, розчини і таблетки короткої дії. Капсулу або таблетку розжовують або розламують і кладуть під язик.

Для повільного купірування застосовують такі лікарські засоби:

- **ніфедипін (корінфар, фінігедін)** - 10 мг під язик, повторити через 30 хвилин;
- **клофелін** - 0,15 під язик, повторити через 1 годину;
- **каптопріл** - 25 мг.
- **Фармадіпін** - 2% розчин ніфедіпіну використовують по 2 – 10 крапель, тримати під язиком.

Крім цих препаратів можна застосовувати дібазол 1 % розчин для в/м ін'єкцій, седуксен, валеріану, пустирник.

В БУДЬ ЯКОМУ ВИПАЛКУ ЗНИЖЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ МАЄ БУТИ В ПЕРШІ 12 ГОДИН НЕ БІЛЬШЕ ЯК НА 25% ВІД ПОЧАТКОВОГО. ТЕРАПІЮ ПОТРІБНО ПОЧИНАТИ ЯКНАЙШВИДШЕ. КОНТРОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРОВОДИТЬСЯ КОЖНІ 15 ХВИЛИН, ПРИ НЕЕФЕКТИВНОСТІ, АБО ПРИ ПОГІРШЕННІ СТАНУ НЕОБХІДНЕ РІШЕННЯ ЛІКАРЯ ПРО КОРРЕКЦІЮ ТАКТИКИ.

Атеросклероз.

Атеросклероз - це хронічне вогнищеве ураження артерій, яке характеризується накопиченням у субендотеліальному шарі артерій ліпопротеїдів і холестерину, реактивним розростанням сполучної тканини з утворенням фіброзних бляшок, наступним їх розривом, тромбозом, кальцинозом.

Термін «атеросклероз» походить від грецьких слів *athere* - кашка і *sclerosis* - твердий.

Етіологія:

Рівень холестерину крові вище 5,5 ммоль/л. на протязі багатьох років.

Фактори ризику

- вік 40-50 років і старше; - чоловіча стать (розвивається на 8-10 років раніше, ніж у жінок); - куріння; - ожиріння; - малорухомий спосіб життя; - генетична схильність; - цукровий діабет; - артеріальна гіпертензія, інфікування *Helicobacter pilory*.

Класифікація:

I. За локалізацією:

- атеросклероз коронарних артерій;
- атеросклероз артерій головного мозку;
- атеросклероз артерій кінцівок;
- атеросклероз артерій нирок;
- атеросклероз аорти.

II. За періодами:

- початковий;
- клінічних проявів;
- ішемічна стадія;
- тромбонекротична стадія;
- склеротична стадія.

Медсестринський процес:

I етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

Суб'єктивні методами обстеження:

A. Скарги:

Загальні ознаки атеросклерозу:

- при огляді: шкіра суха, витончена, зі зниженим тургором, зморщена, на шкірі повік, кистей атероматозні бляшанки.

Залежить від того, які артерії є уражені:

Атеросклероз артерій головного мозку: - болі голови, головокружіння;

- швидка стомлюваність; - зниження пам'яті, уваги; - зниження зору, слуху; - шум у вухах; - поганий сон; - зниження розумової працездатності.

Атеросклероз аорти: - підвищення систолічного і зниження діастолічного АТ; - пульсація за грудниною; - посилена пульсація підключичної артерії; - біль за грудниною (тиснуча, пекуча) з іррадіацією в обидві руки, шию, спину, верхню частину живота.

Атеросклероз артерій кінцівок: - болі в литкових м'язах, які посилюються при ходьбі і зникають у спокою; - кульгавість; - похолодання кінцівок, далі на шкірі гомілок утворення трофічних виразок, а ще пізніше – суха гангрена.

Атеросклероз ниркових артерій: - головні болі; - болі в попереку; - гематурія, артеріальна гіпертензія.

Атеросклероз коронарних артерій: - будь-які прояви ІХС.

Атеросклероз черевного відділу аорти: - сильні болі в черевній порожнині, пов'язані з прийомом їжі.

В). Анамнестичні дані:

Наявність чинників ризику: - ожиріння; - куріння; - часте зловживання їжею, пересиченою жирами та вуглеводами; - психоемоційні перенавантаження; - малорухливий спосіб життя; - ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, ранній клімакс).

С). Об'єктивно:

Об'єктивні прояви залежать від локалізації уражених судин:

II етап медсестринського процесу -

Медсестринська діагностика

Наявні проблеми:

Атеросклероз аорти, коронарних артерій: - біль в ділянці серця за грудиною.

Атеросклероз мозкових артерій: - порушення сну; - порушення пам'яті; - головний біль; - головокружіння.

Атеросклероз артерій нижніх кінцівок: - похолодання кінцівок; - біль в кінцівках; переміжаюча кульгавість.

Потенційні проблеми: можливі ускладнення: - інфаркт міокарда, стенокардія, кардіосклероз, хронічне порушення кровообігу тощо.

Складемо медсестринський діагноз: - біль в ділянці серця за грудиною; - порушення сну; - порушення пам'яті; - головний біль; - головокружіння; - біль в кінцівках; - похолодання кінцівок; - кульгавість, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

III етап медсестринського процесу -

Планування медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Психологічна підтримка пацієнта, навчання його та оточення само- та взаємодогляду.

IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, БАК, часу згортання крові, коаулограма.
2. Підготовка пацієнта та взяття сечі для ЗАС, проби за Зимницьким.

3. Підготовка пацієнта до: ЕКГ, ФКГ, РВГ, визначення пульсацій на нижніх кінцівках.

4. Підготовка пацієнта до R-графії, ангіографії периферійних судин.

5. Створення належних комфортних умов пацієнтові. Забезпечення фізичного та психічного спокою. Режим залежить від тяжкості хвороби. Допомога при пересуванні та фізичних навантажень.

6. Постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок PS, ЧДР.

7. Контроль та допомога в дотриманні пацієнтом санітарно-гігієнічного режиму, особистої гігієни.

8. Контроль та допомога в дотриманні дієти - стіл №10 (зменшити на 10 % загальне вживання жирів; *різко зменшити* вживання насичених жирних кислот - сир, яйця, масло, вершки, м'ясо; *більше вживати* - олію, рибу, птицю, морські продукти, овочі, фрукти, крупи; *різко зменшити* кількість кухонної солі в їжі, вживання продуктів, багатих на холестерин тощо).

9. Очищення зубів, протезів після їжі, полоскання ротової порожнини, ерадикація *Helicobacter pilory*.

10. Застосування заходів впливу на кровообіг при високому артеріальному тиску (гірчичники, теплі ніжні та ручні ванночки, гірудотерапія, дієтотерапія).

11. Тепло до ніг, допомога пацієнту під час ходьби, підбір палички при атеросклерозі артерій нижніх кінцівок.

12. **Виконання лікарських призначень:**

12.1. **Медикаментозне:**

- *препарати, які гальмують всмоктування холестерину в кишківнику* (трибуспонін, холестирамін);

- *препарати, які гальмують синтез холестерину* (клофібрат, пробукол, статини – сімвастатин, ловастатин, розувастатин, аторвастатин);

- *препарати, які пришвидшують виведення ліпідів з організму* (ліпостабіл, ессенціале форте);

- *вітамін* (С, Е, Р, нікотинова кислота).

12.2. Екстракорпоральна терапія: плазмаферез, гемосорбція.

12.3. Фітотерапія (цибуля, часник, моркв'яний сік, м'ята).

12.4. ЛФК.

12.5. Санаторно-курортне лікування.

13. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.

14. Навчання пацієнта та його оточення само- та взаємодогляду, принципам раціонального харчування, ЛФК, здорового, активного способу життя.

V етап медсестринського процесу - Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;

- виявлення нових проблем та потреб пацієнта та корекція медсестринських втручань.

Прогноз:

Прогноз захворювання залежить від локалізації і вираженості процесу. Особливо небезпечна обтурація атеросклеротичною бляшкою великих артерій (у серці, мозку, нирках), що може призвести до смерті пацієнта або до інвалідності.

Профілактика:

- фізична активність, ЛФК, масаж; - лікування артеріальних гіпертензій, контроль АТ; - раціональне харчування; - відмова від шкідливих звичок, особливо куріння; - боротьба з надлишковою вагою тіла; - адекватне ефективне лікування цукрового діабету, гіперхолестеринемії; - здоровий спосіб життя; - диспансерне спостереження за пацієнтами.

Ішемічна хвороба серця (ІХС)

ІХС - ураження міокарда, обумовлене розладнанням коронарного кровообігу. При цьому коронарний кровообіг не забезпечує потребу серця в кисні.

Етіологія:

- атеросклеротичне ураження вінцевих артерій; - спазм вінцевих артерій;
- тромбоз вінцевих артерій.

Фактори ризику:

- спадкова схильність; - чоловіча стать, вік (ризик зростає у віці за 40 років);
- гіперхолестеринемія; - артеріальна гіпертензія; - надмірна маса тіла; - куріння;
- гіподинамія; - цукровий діабет; - психоемоційне перенавантаження; - метеозалежність.

Класифікація

Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10):

- Стенокардія (грудна жаба).
- Гострий інфаркт міокарда.
- Повторний інфаркт міокарда.
- Деякі поточні ускладнення гострого інфаркту міокарда.
- Інші форми гострої ІХС.
- Хронічна ІХС.

Класифікація ІХС, затверджена VI Національним Конгресом кардіологів

України (2000 р.):

1. Раптова коронарна смерть.
2. Стенокардія (стабільна стенокардія напруження; вазоспастична стенокардія; нестабільна стенокардія; стенокардія, що виникла вперше; прогресуюча стенокардія; рання постінфарктна стенокардія).
3. Гострий інфаркт міокарда (великовогнищевий; дрібновогнищевий; субендокардіальний; рецидивуючий; повторний; гостра коронарна недостатність; деякі ускладнення ГІМ).
4. Кардіосклероз
5. Безбольова форма ІХС.

Стенокардія

Стенокардія - захворювання, найхарактернішою ознакою є напад болю, що локалізується за грудиною або в ділянці серця.

Стенокардія є однією із частіших форм ІХС. В основі приступу стенокардії лежить гостра ішемія міокарда, зумовлена погіршенням його кровопостачання з наступним швидким відновленням кровообігу в зоні ішемії (порушується рівновага між потребою міокарда в кисні і можливістю постачання його з кров'ю).

Етіологія:

- фізичне навантаження; - перевтомлення; - психоемоційний вплив; - паління; - зловживання спиртними напоями тощо.

Фон - ураження вінцевих артерій (атеросклероз, закупорка тромбом, рідко - емболом).

Класифікація:

1. Стенокардія стабільна:

- стабільна стенокардія навантаження (з вказанням функціональних класів);
- стабільна стенокардія без ураження коронарних артерій (ангіографічно)-коронарний синдром X;
- вазоспастична стенокардія (ангіоспастична стенокардія, спонтанна, варіантна, Принцметала).

Стенокардія навантаження - це стенокардія, яка виникає після фізичного або психоемоційного навантаження, триває 5-10 хв. і знімається нітрогліцерином.

Стабільна стенокардія навантаження - це стенокардія навантаження, яка не має тенденції до прогресування.

Коронарний синдром X - це стабільна стенокардія навантаження з ангіографічно інтактними коронарними артеріями.

Вазоспастична стенокардія - це стенокардія, яка виникає в спокої, частіше вночі або зранку, триває 5-10 хв, супроводжується шлуночковими аритміями під час болю.

Класифікація функціональних класів (ФК) стабільної стенокардії напруження:

I ФК - «латентна» стенокардія: приступи виникають під час значних фізичних навантажень.

II ФК - приступи виникають під час ходи у звичайному темпі на відстань більше 500 м і /або підйомі більше, ніж на один поверх, вплив несприятливих факторів (психоемоційний стрес, холодна погода, ранкові години).

III ФК - приступи виникають під час ходи у звичайному темпі на відстань 100-500 м, підняття на один поверх, інколи у стані спокою вночі.

IV ФК - приступи виникають під час незначних фізичних навантажень, ходи на відстань до 100 метрів рівною місцевістю, приймання їжі, акту дефекації, а також у спокої.

2. Нестабільна стенокардія:

- що виникла вперше (до 28 діб);
- прогресуюча;
- рання постінфарктна (з 3-ої до 28 доби).

Нестабільна стенокардія - це стенокардія, яка виникла вперше (давністю до 28 днів), стенокардія навантаження, яка прогресує або яка виникла в перші 3-28 днів ІМ, а також повторні приступи гострої коронарної недостатності, коли приступ болю за грудиною у спокої триває понад 20 хв. і супроводжується ЕКГ - ознаками порушення процесів реполяризації, які тримаються до 48 год.

Стенокардія, що виникла вперше - це приступ стенокардії зі змінами на ЕКГ, що проходять у спокої, який виник вперше протягом останніх 28 діб.

Прогресуюча стенокардія - це стенокардія у пацієнта зі стенокардією напруження, яка почала турбувати в спокої або вночі, а також ФК якої став тяжчим зі зниженням толерантності до фізичного навантаження, з появою транзиторних змін ЕКГ у спокої.

Рання постінфарктна стенокардія -це стенокардія, яка виникла протягом 3-28 діб після ІМ.

Медсестринський процес при стенокардії:

I етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

Суб'єктивні методи обстеження:

А. Скарги:

- **характерний симптом** - біль, яка локалізується за грудниною або в ділянці серця; **характер болю** - стискаюча, давлюча біль нападоподібного характеру;

- **ірадіація болю** - в ліве плече, ліву руку, ліву половину обличчя, шию, іноді у зуб, вухо, язик; **тривалість болю** - від декількох секунд до 10- 15 хвилин іноді до 30; **біль минає** - через 1-2 хвилини після приймання нітрогліцерину, інших нітратів.

Б. Анамнестичні дані :

Стенокардія починається внаслідок дії етіологічних факторів ризику ІХС (дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, куріння, надлишкова МТ) тощо.

Нестабільна стенокардія діагностується від моменту зміни характеру стенокардійних болей, появи поряд зі стенокардією напруження стенокардії спокою, зниження ефективності від прийому нітрогліцерину.

Перебіг хвилюподібний - періоди ремісії чергуються з періодами частіших приступів.

В. Об'єктивні методи обстеження:

- **обличчя** – під час нападу часто бліде, з ціанотичним відтінком, покрите холодним потом;

- **ксантоми, ксантелазми** (ознаки атеросклерозу);

- **ЧД** - дихання рідке, поверхневе; - **PS** - рідкий, іноді прискорений спочатку; - **АТ** - часто підвищується; - **при перкусії й аускультатії серця** - характерних змін немає; - **аналіз крові й сечі** - без особливостей; - **ЕКГ** – поза нападом не змінюється, під час нападу – депресія інтервалу ST.

II етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика

Наявні проблеми: приступи стискаючого болю за грудиною або в ділянці серця з ірадіацією; - страх смерті.

Потенційні проблеми: можливе виникнення інфаркту міокарда та нових нападів стенокардії.

- **Складемо медсестринський діагноз:** приступи стискаючого болю за грудиною або в ділянці серця, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

III етап медсестринського процесу - Планування медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань

- 1.1. Підготовка пацієнта та взяття крові для БАК.
- 2.1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, валоергометрії, ЕхоЕКГ коронарорентрікулографії (КВГ).
- 3.1. Створення пацієнтові комфортних умов. Режим - залежить від ФК.
- 3.2. Допомога пацієнтові в дотриманні особистої гігієни.
- 3.3. Раціональна дієтотерапія (дієта № 10), зменшення вживання рідини.
- 3.4. Спостереження та контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання температури тіла, АТ, підрахунок PS, ЧДР.
- 3.5. **Під час нападу стенокардії:** - забезпечення пацієнтові повного фізичного спокою; - доступу свіжого повітря; - накладання гірчичників на груднину; - у разі відсутності ефекту від гірчичників - необхідно опустити ліву руку по лікоть у гарячу воду.

4. Виконання призначень лікаря:

4.1. При стабільній стенокардії навантаження:

- 4.1.1. **Антиангінальні препарати** (швидкодіючі судинорозширювальні препарати): - **нітрати і групи сандонімінів:** нітрогліцерин, нітросорбіт, молсидомін. Нітрогліцерин застосовують у вигляді 1 % спиртового розчину - 4 краплі на цукор під язик; у таблетках - під язик. **Має знеболювальний ефект** через 1-3 хв., **максимальна дія настає через 5-6 хв., тривалість дії - 10-15 хв.** Коли немає терапевтичного ефекту від нітрогліцерину на протязі 5 хвилин, то можна повторити в той же дозі.

Нітрогліцерин має побічну дію - головний біль, запаморочення, шум в голові.

- **блокатори β -адренорецепторів:** пропранолол, окспренолол, атеналол, метопролол, талінолол, обзідан, анаприлін;
- **антагоністи кальцію:** верапаміл, фіноптин, дилтіазем, ніфедипін (коринфар);
- **активатори калієвих каналів:** нікорандил, міноксидил, діазоксид;
- **антиаритмічні препарати III класу:** кордарон.

- 4.1.2. **Антиагреганти:** ацетилсаліцилова кислота, асперкард; пентоксифілін (попереджає утворення тромбів в коронарних судинах).

- 4.1.3. **Коректори ліпідного складу плазми крові:** мевакор, симвастатин або аторвастатин, ліпанор, фенофібрат, пробукол, поліспонін.
- 4.1.4. **Препарати для нормалізації функцій ЦНС:** *седативні* (корвалол, настійка валеріани); *транквілізатори* (хлозепід, сибазон, мебікар); *снодійні* (нітразепам); *антидепресанти* (флуоксетин, пароксетин).
- 4.1.5. **Метаболічні кардіопротектори:** цитохром С, мілдронат, рибоксин, триметазидин, фосфаден, АТФ-лонг.
- 4.1.6. **Імуномодулятори:** тималін або Т-активін.
- 4.1.7. **Методи еферентного екстракорпорального лікування** (плазмаферез, гемосорбція), кріоплазмапреципітація.
- 4.1.8. **Фізіотерапія:** електро- (електросон, електрофорез медикаментів), лазеро-, та ультразвукові процедури, ЛФК.
- 4.1.9. Санаторно-курортне лікування
- 4.1.10. Оперативне лікування: аорто коронарне шунтування, ангіопластика, коронарна атероектомія, непряма ревакуляризація міокарда.
- 4.2. **При стабільній стенокардії навантаження** з ангіографічно інтактними судинами (коронарному синдромі Х):
- 4.2.1. **Антиангіальні препарати** (див. 4.1.1)
- 4.2.2. **Антиагреганти** (4.1.2)
- 4.2.3. **Ксантинові похідні:** ксантинол нікотинат.
3. **При вазоспастичній стенокардії:**
- **нітрати:** нітрогліцерин, нітросорбід;
 - **антагоністи кальцію:** верапаміл, дилтіазем, ніфедипін;
 - **α -адреноблокатори:** празозин.
- 4.3.2. **Антиагреганти** (4.1.2.)
- 4.4. **При нестабільній стенокардії:**
1. **Для ліквідації болю:** - нітрати: нітрогліцерин, нітросорбід, молсідомін.
У випадках неефективності нітратів:
- **нейролептанальгезія:** фентанід+дроперідол;
 - **наркотичні препарати:** промедол;
- АНАЛЬГЕТИКИ З АНТИГІСТАМІННИМИ ПРЕПАРАТАМИ:**
АНАЛЬГІН+ПІПОЛЬФЕН, БАРАЛГІН ЗАБОРОНЕНІ.
- 4.4.2. **Для ліквідації ішемії міокарда:** - нітрати; - блокатори β -адреноблокатори; - антагоністи кальцію.
- 4.4.3. **Антиагреганти і антикоагулянти:** ацетилсаліцилова кислота, пентоксифілін, дипіридамомол, тиклопідин, гепарин, фраксипарин.
- 4.4.4. Оперативне лікування: балонна коронарна ангіопластика, аортокоронарне шунтування.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта
6. Навчання пацієнта та його оточуючих необхідності усунення факторів ризику - артеріальної гіпертензії, куріння, надмірної МТ. Потрібні постійні фізичні тренування, раціональне харчування.
- Увага.** Всі лікарські препарати пацієнти, які страждають нападами стенокардії приймають довго.

NB! Протипоказані та не рекомендовані втручання у пацієнтів з ГКС:

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном (дімедролом).
2. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.
3. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця).
4. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметичних ефектів морфіну (підвищення частоти серцевих скорочень може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
5. Протипоказане застосування дипіридамолу, міотропних спазмолітиків (викликає синдром обкрадання).
6. Антитромбоцитарні препарати на фоні гіпертонічного кризу протипоказані (ризик крововиливів та кровотечі).

У етап медсестринського процесу -

оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція

- поліпшення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта, покращення толерантності до фізичного навантаження, стабілізація ФК стенокардії;
- виявлення нових проблем пацієнта та корекція медсестринських втручань.

Профілактика:

- усунення факторів ризику ІХС; - обстежують пацієнтів для виявлення ІХС, особливо людей із факторами ризику (ГХ, ЦД, куріння, ожиріння, гіподинамія); - диспансерне спостереження за пацієнтами; - лікування артеріальної гіпертензії, атеросклерозу; - раціональне харчування; - заняття фізкультурою, спортом, ЛФК; - здоровий спосіб життя; - відмова від паління; - не зловживати алкоголем; - раціональне харчування; - поліпшення умов праці та відпочинку; - попередження ангінозних приступів.

Диспансеризація.

Пацієнти знаходяться на «Д» обліку. «Д» пацієнтів здійснюється сімейним лікарем. Огляди проводяться з частотою 2-4 рази на рік. Кардіолог, невропатолог, психотерапевт оглядають пацієнта 1 раз на рік. У міжнападний період призначають лікарські засоби. Дільнична медична сестра повинна пояснити пацієнту, як приймати ці засоби. Пояснити правила поведінки пацієнта.

Прогноз.

Прогноз стенокардії невизначений: пацієнт може жити десятиліттями або раптово вмерти. Особливо несприятливий прогноз у пацієнтів похилого віку. Прогноз стенокардії погіршується при супутній ГХ, цукровому діабеті. Несприятливий прогноз відзначається при нестабільному перебігу стенокардії.

№ 21 Інфаркт міокарда

Інфаркт міокарда (ІМ) - захворювання, обумовлене некрозом ділянки серцевого м'язу в результаті порушення коронарного кровообігу внаслідок звуження просвіту артерій атеросклеротичними бляшками або тромбозу коронарної артерії. В останні десятиріччя зросла захворюваність на інфаркт міокарда, особливо серед чоловіків 30-44 років. Як і раніше, смертність та інвалідність унаслідок ІМ серед працездатного населення залишається досить високою. За даними МОЗ України в 2013 р. зареєстровано 50744 випадків гострого та повторного інфаркту міокарду серед дорослого населення (135,7 випадків на 100 тис. населення).

Етіологія:

- атеросклероз коронарних артерій (у 95% випадках).

Фактори ризику: - стресові ситуації; - «небезпечний вік» (після 40 років, - особливо у чоловіків); - обтяжена спадковість (наявність ІМ у близьких родичів); - обмежена фізична активність; - ГХ; - цукровий діабет; - ожиріння; - стенокардія; - емболія коронарних артерій (рідко).

Рідко: - спазм вінцевих артерій без ознак атеросклерозу; - запальні зміни вінцевих артерій ревматичного походження; - судинні ураження, захворювання коронарних артерій (артеріїти, травми артерій, розшарування аорти і вінцевих артерій); - емболії коронарних артерій; - природжені дефекти коронарних артерій; - різка невідповідність між потребою міокарда в кисні і його поступленням аортальні вади серця, отруєння чадним газом, тиреотоксикоз, тривала артеріальна гіпертензія; - порушення коагуляції (тромбоцитоз, поліцитемія, тромбоцитопенічна пурпура).

Класифікація

За поширеністю: - *трансмуральний* (велико осередковий «ІМ із зубцем Q»); - *нетрансмуральний* (дрібно осередковий) або субендокардіальний «ІМ без зубця Q»).

За перебігом: - гострий; - підгострий; - затяжний (виникнення нового ІМ в межах 48-72 год. від початку хвороби); - рецидивний (до 2 міс.). - повторний (через 2 міс. і більше).

Атипові форми ІМ: - астматичний; - гастралгічний (абдомінальний); - церебральна; - периферична; - аритмічний; - безбольовий (малосимптомний).

Класифікація періодів ІМ:

1. ***Передінфарктний стан*** (від 1 дня до 4 тиж. - зміна характеру болю, частішають приступи стенокардії, задишка, тахікардія, інколи почуття перебоїв в роботі серця).

2. ***Найгостріший період*** (перші 2 год. від початку хвороби - час гострої ішемії міокарда і початку його некрозу).

3. ***Гострий період*** (до 10-го дня від початку хвороби - час формування осередку некрозу).

4. ***Підгострий період*** від 4 до 8 тижнів - час формування рубця).

5. ***Постінфарктний період*** (від 2 до 6 місяців - час адаптації міокарда до нових умов функціонування).

Медсестринський процес при інфаркті міокарда:

I етап медсестринського процесу - Медсестринське обстеження

Збирання інформації ведеться суб'єктивними, об'єктивними та додатковими методами обстеження.

Суб'єктивні методами обстеження:

А. Скарги:

I. Типова форма (ангінозний варіант, больовий):

- *характерний симптом* - біль; - *локалізація болю* - в ділянці серця або за грудиною; - *характер болю* - пекучий, роздираючий, ніби серце пронизує розпечений пруттик; - *ірадіація болю* - в ліве плече, ліву руку, шию, нижню щелепу; - *тривалість болю* - від 30 хв. і більше; *біль не купірується нітрогліцерином*; - розвивається різка - *загальна слабкість*.

II. Атипова форма: - *астматична* (виникає гостра лівошлункова недостатність: набряклегенів, серцева астма); - *аритмічна* (порушення ритму - миготлива аритмія, екстрасистолія, надшлуночкова і шлуночкові тахікардія); - *гастралгічна або абдомінальна* (біль в підложечковій ділянці з ірадіацією в спину, в підребер'я, блювота), ця форма ІМ симулює гострий гастрит, загострення виразкової хвороби, гострий панкреатит; - *церебральна* (головокружіння, головна біль, порушення мови, зору, парези кінцівок, інсульт, нудота, блювання); - *безбольова* (немотивована слабкість, нездужання загальне); - *периферична* (біль виникає між лопатками, в лівій руці).

Б. Анамнестичні дані :

- *стать Ч:Ж=5,1:1(2:1)*; - *вік працездатний*; - *наявність етіологічних чинників*;
- *тривалі, надмірні негативні, емоції*; - *розумове і фізичне перенапруження*;
- *алкогольна і ніотинова інтоксикації*.

В. Об'єктивні методи обстеження:

- *збудження, що було на початку приступу, змінюється пригніченістю, відчуттям страху, потовиділення посилюється*; - *блідість або ціаноз шкіри і слизових оболонок, акроціаноз*; - *PS* - тахікардія, іноді брадикардія; - *AT* - спочатку підвищується, а потім знижується; - *аускультация* - ритм галопу (ослаблення скорочувальної здатності серцевого м'яза); - *t⁰ тіла* - підвищується на 2-3 день захворювання, з наступним зниженням і нормалізацією до 7-10 дня;

- *аналіз крові:* - підвищення рівнів тропонінів Т та І, міоглобіну, С- реактивного протеїну; - зростанням активності ферменту АсАТ; *класичний симптом* (перехрестя в динаміці лейкоцитозу та ШОЕ) - лейкоцитоз при нормальних показниках ШОЕ в перші дні, потім зниження кількості лейкоцитів і підйом ШОЕ; - *ЕКГ* - а) зміна комплексу QRS, передусім збільшенням або поява патологічного зубця Q (зона некрозу); б) зміщення сегмента S-T (зона ушкодження); в) зона ішемії, розташована далі до периферії (інверсія зубця Т).

Ускладнення:

Ранні: - аритмії і порушення провідності; - кардіогенний шок; - гостра серцева недостатність; - розрив серця; - аневризма серця; - тромбоемболія; - післяінфарктна стенокардія.

Пізні: - синдром Дреслера (перикардит, плеврит, пневмонія, поліартрит); - ХСН; - тромбоемболії; - аневризма серця.

II етап сестринського процесу - Медсестринська діагностика

Нааявні проблеми: - різкі болі в ділянці серця або за грудиною з типовою або атиповою ірадіацією; - сильне збудження; - страх смерті; - задишка; - суворий ліжковий режим; - запаморочення; - субфебрильна або висока температура тіла.

Потенційні проблеми: можливий розвиток кардіогенного шоку, гострої серцевої недостатності, порушення серцевого ритму тощо.

Складемо медсестринський діагноз: - різкі болі в ділянці серця (за грудиною); - сильне збудження; - страх смерті; - задишка; - суворий ліжковий режим; - запаморочення; - субфебрильна або висока температура тіла, що підтверджується скаргами пацієнта та об'єктивними даними.

III етап медсестринського процесу -

Планування медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнтів та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень.
2. Підготовка пацієнтів до інструментальних методів обстеження.
3. Спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем.
4. Виконання лікарських призначень.
5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта.
6. Навчання пацієнта та оточуючих само- і взаємодогляду.

IV етап медсестринського процесу - Реалізація плану медсестринських втручань

1. Підготовка пацієнта та взяття крові для ЗАК, аналізу на ферменти, ІДК.
1. Підготовка пацієнта до ЕКГ, УЗД серця, рентгеноскопії органів грудної клітки, радіоізотопної діагностики (сцинтиграфії міокарда з пірофосфатом).
1. Створення для пацієнта комфортних умов. Режим - суворий палатний. Положення пасивне, напівсидячи, піднімаючи головний кінець ліжка. Досить рано можна розпочати лікувальну гімнастику. Важливо всилити пацієнтові віру і впевненість у видужання.
2. Спостереження та контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта:
3. вимірювання температури тіла, підрахунок і характеристика серцевих скорочень PS, ЧДР.
- 3.3. Контроль та допомога пацієнтові у раціональному харчуванні: дієта №10 - і, із виключенням продуктів, які сприяють метеоризму.
- 3.4. Допомога пацієнтові у дотриманні правил особистої гігієни. Подача судна, допомога пацієнтові у фізіологічних відправленнях.

4. Виконання призначень лікаря:

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГІМ у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

- Покладіть пацієнта з піднятою злегка головою;
- Забезпечте постільний режим; Хворим на ГІМ для зменшення навантаження на міокарднеобхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не допускати самотійного пересування пацієнта.

Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженою сатурацією менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

4.1. Ліквідація больового синдрому:

4.1.1. **Нітрати:** Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг). У разі необхідності та нормальному рівні АТ повторювати прийом кожні 5-10 хв. У випадку важкого больового синдрому 2,0 мл 1% розчину нітрогліцерину розводять в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози ex tempore (концентрація 100 мг/мл) та вводять внутрішньовенно крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС. При використанні автоматичного дозатора початкова швидкість введення складає 10-20 мкг/хв.; при відсутності дозатора – початкова швидкість 2-4 краплі за хвилину, яка може бути поступово збільшена до максимальної швидкості 30 крапель за хвилину (або 3 мл/хв.). Інфузію припиняють при зниженні САТ менше ніж 90 мм рт. ст. (або середнього АТ на 10-25% від початкового). Подальше зниження АТ призводить до погіршення коронарного кровообігу та збільшення зони некрозу ІМ, викликає сильний головний біль.;

4.1.2. АСК (застосовується у випадку, якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 150-325 мг. Для лікарських бригад можливе введення ацелізіну 1,0. При наявності протипоказань до застосування АСК можливе застосування клопідогрелю 300 мг всередину. Ефективним є застосування комбінації АСК та клопідогрелю.

4.1.3. **Наркотичні анальгетики:**

- перевага надається морфіну – вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювоти). При різкому пригніченні дихання під час введення морфіну можна ввести в/в - кордіамін 2-3 мл.;

- промедол - п/ш; в/м; в/в - 1-2 мл 1 % р-на на 10 мл ізотонічного р-н Na Cl;

- омнопон - п/ш, 1 мл 1 % або 2 %.

- піритрамід, пентозоцин, тилідин, трамадол.

У разі відсутності наркотичних анальгетиків, як виняток, можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) у комбінації з діазепамом, які вводити внутрішньовенно повільно.

4.1.4. **Метод атаральгезії:** промедол або морфін+седуксен, При пригніченні дихання або схильності до бронхоспазму - анальгін або баралгін + седуксен.

4.1.5. **Метод нейролептаналгезії:** таламонал (фентаніл+дроперидол - 2:1 або 3:1)

4.1.6. **Наркоз оксидом азоту 80%+кисню20%.**

4.2. Відновлення магістрального коронарного кровотоку і попередження подальшого тромбоутворення:

4.2.1. **Тромболітики:** в перші 6 год - стрептоліаза, фібринолізин, альтеплаза, гепарин, фраксипарин; **антиагреганти:** ацетилсаліцилова кислота, тиклід.

NB! Протипоказані та nereкомендовані втручання у пацієнтів з ГІМ:

1. Не застосовувати для знеболення комбінацію метамізолу натрію з діфенгідраміном (дімедролом).

1. Протипоказане введення лікарських засобів внутрішньом'язово, оскільки це унеможливило б в подальшому проведення тромболізу та сприяє хибному результату при визначенні рівня креатинфосфокінази.
 1. Протипоказане профілактичне застосування лідокаїну (ризик виникнення блокад серця).
 1. Протипоказане застосування атропіну для профілактики вагомиметичних ефектів морфіну (підвищення частоти серцевих скорочень, може поглибити ішемію міокарда, сприяти порушенню ритму).
 1. Протипоказане застосування дипіридамолу, міотропних спазмолітинів (викликає синдром обкрадання).
 2. Антикоагулянти на фоні гіпертонічного кризу протипоказані (ризик крововиливів кровотечі).
- 4.3. Рання реваскуляризація і обмеження розмірів ІМ:**
- 4.3.1. **Нітрати:** нітрогліцерин, ізокет, нітросорбіт.
 - 4.3.2. β - адреноблокатори: пропранолол, окспренолол, атенолол, есмолол.
 - 4.3.3. Антогоністи кальцію (крім хворих на трансмулярним ІМ): дилтіазем.
 - 4.3.4. Корвітин.
 - 4.4. **Метаболічні кардіопротектори:** α -токоферол, неотон, рибоксин, цитохром С, АТФ-лонг.
 - 4.4.1. **Гіполіподемичні кардіопротектори:** ксантинолу нікотинат.
- 4.5. Нормалізація функціонального стану ЦНС:**
- 4.5.1. **Седативні:** (настойка кореня валеріани).
 - 4.5.2. **Транквілізатори:** феназепам, діазепам.
 - 4.5.3. **Антидепресанти:** флуоксетин.
 - 4.5.4. **Нейролептики** (якщо є психоз): дроперидол, таламонал, натрія оксибутират.
- 4.6. При кардіогенному шоці:**
- 4.6.1. **Загальні заходи:**
 - **знеболення:** морфін+атропін;
 - **оксигенотерапія;**
 - **тромболітики** (стрептоліаза, фібринолізин, актилізе);
 - **гемолітичний моніторинг** (з катетеризацією центральної вени).
 - 4.6.2. **В/в ведення рідини:** натрія хлорид, реополіглюкін, поляризаційна суміш.
 - 4.6.3. **Зниження периферичного судинного опору:** натрія нітропрусид.
 - 4.6.4. **Підвищення скоротливості міокарда:** пресорні аміни (дофамін).
 - 4.6.5. Внутрішньоаортальна балонна контрапульсація.
 - 4.6.6. Хірургічне лікування: балонна ангіопластика або аортокоронарне шунтування.
- 4.7. При перикардиті:**
- 4.7.1. **НПЗП:** індометацин, натрія диклофенак.
 - 4.7.2. **ГКС:** преднізолон.
- 4.8. При артеріальній гіпертензії:** (див. лікування - виконання лікарських призначень при гіпертонічній хворобі).

4.9. **Профілактика аритмій:** препарати калію (калія хлорид, аспаркам, магнія сульфат).

4.10. **Лікування аритмій:** лідокаїн, новокаїнамід

4.11. **Оксигенотерапія.**

5. Вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта

6. Навчання оточення пацієнта догляду за ним під час ліжкового режиму, знайомство з принципами реабілітації для збереження життя і працездатності.

V етап медсестринського процесу -

Оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція

- поліпшення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта;
- виявлення нових проблем пацієнта та корекція мед сестринських втручань.

Реабілітація.

Основним завданням реабілітації є максимальне відновлення функцій організму, створення оптимальних умов для відновлення працездатності пацієнта. Група експертів пропонує 3 фази реабілітації: лікарняну, одужання і підтримуючу.

Реабілітація з першого дня захворювання відбувається під контролем медичної сестри.

Види реабілітації:

- фізична реабілітація;
- психологічна реабілітація;
- соціальна реабілітація.

Протипоказання до фізичної реабілітації є:

- нестабільна стенокардія;
- неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія;
- неконтрольована серцева недостатність;
- високоступенева блокада без штучного водія ритму;
- ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) та нещодавно перенесений тромбофлебіт;
- причини, не пов'язані з кардіальним захворюванням (ортопедичні та інші захворювання).

Реабілітація у стаціонарі

Після неускладненої процедури (АКШ, реперфузія) фізичну активність можна починати наступного дня. Після великого та/або ускладненого міокардіального ураження фізичну активність можна починати після клінічної стабілізації та поступово збільшувати залежно від симптомів

При збереженій фізичній здатності без клінічних симптомів, пацієнт може відновити звичайну фізичну активність тривалістю 30-60 хв. (швидка хода), доповнюючи збільшенням денної активності (такі як прискорення ходьби на роботі, у саду чи домашня робота); в інших випадках пацієнт може відновлювати фізичну активність на рівні 50% від максимальної фізичної здатності з поступовим зростанням

Пацієнт активно перевертається на бік, виконує елементи ЛФК. Якщо перебіг хвороби не ускладнюється, з 3 дня можна призначити спеціальний комплекс

лікувальної гімнастики. Заняття тривають не більше 3-5 хв. У разі розвитку ускладнень перша фаза реабілітації триває 3,5-5 тиж. Проводять ЕКГ контроль. Пацієнти, які перенесли ІМ, повинні перебувати під «Д» спостереженням. Їм регулярно проводять ЕКГ контроль з фізичним навантаженням, клінічне спостереження, призначають медикаментозне лікування.

1. При неускладненому Q-ІМ до виписки освоюється підйом на східчастий проліт в 22 сходинки та дистанційна ходьба на 1000 метрів за один етап.

2. Активізація проводиться під контролем ЧСС, АТ та ЕКГ (регістрація до і після дистанційної ходьби не рідше 1 разу на тиждень, а також до і після освоєння сходів).

3. Допускається збільшення частоти серцевого ритму на 20 ударів за хвилину в порівнянні зі спокоєм, але не більше ніж до 100-105 ударів за хвилину за абсолютним значенням. Підйом систолічного тиску не може перевищувати 20 мм рт.ст., а діастолічного 10 мм рт.ст., при зниженні вказаної величини в порівнянні зі станом спокою на 10 мм рт.ст. для систолічного АТ і 5 мм рт.ст. для діастолічного АТ. При цьому абсолютні величини АТ не повинні перевищувати 140/90 мм рт.ст.

Реабілітація в санаторії

В Україні зберігається етапна реабілітація хворих з гострим порушенням коронарного кровообігу, яка починається в стаціонарі, а потім продовжується на постстаціонарному етапі (амбулаторний чи санаторний).

Проведення тренувань з метою відправки у санаторій з метою реабілітації має починатися у хворих після стабілізації клінічного стану, без проявів серцевої недостатності вище II ст., значних порушень серцевого ритму (постійна форма ФП, часта екстрасистолічна аритмія, АВ-блокада II-III ступенів), ішемічної реакція на ЕКГ при виконанні дозованого фізичного навантаження. Останній тест може бути виконаний як на велоергометрі, тредмілі, так і шляхом дозованої ходи. Зазвичай, хворих після ГКС можна відправляти до санаторію після нормального виконання 70%-го навантаження або після освоєння 1 км. дистанції.

Профілактика:

Первинна профілактика:

- активне лікування хронічних форм ІХС та їх рання діагностика; усунення причин, що викликають психоемоційне перевантаження, ожиріння, боротьба з гіподинамією, курінням, лікування ГХ.

Вторинна профілактика (полягає у попередженні повторних ІМ):

- призначають антиангінальні засоби (нітрати, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію); - призначають препарати, які поліпшують метаболізм у серцевому м'язі(триметазідін, метамакс); - антикоагулянти; - антиагреганти;

- пацієнти з ІХС повинні перебувати під постійним наглядом за місцем проживання або роботи, відвідувати сімейного лікаря регулярно не рідше 1 разу на рік при ФК 1, 1 разу на 6 місяців при ФК2, 1 разу на 3 місяці пр. ФК 3-4.

Самостійні завдання: реферат