

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Реферат на тему: «Неотложные состояния в терапии»

Выполнила ординатор 1 года
Кафедры госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО
Янкова А.В.

2020 год

Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой системы По данным статистики ВОЗ заболевания сердца и сосудов занимают в настоящее время ведущее место среди причин смертности больных в развитых странах. Тревогу внушает также и то, что количество случаев сердечных заболеваний постоянно увеличивается, а возраст больных неуклонно снижается. В настоящее время нередко случаи, когда возраст больного инфарктом миокарда не превышает 23-25 лет. Особенно часто заболевания сердца встречаются у мужчин трудоспособного возраста.

Заболевания сердца - яркий пример патологии, течение и исход которой напрямую зависит от сроков обращения к врачу, своевременной постановки диагноза и начала адекватного лечения. Исходя из этого, симптомы таких заболеваний и способы доврачебной помощи при сердечном приступе должны быть известны каждому человеку, даже весьма далекому от медицины.

Стенокардия (грудная жаба) Стенокардия - транзиторная ишемия миокарда, обычно раннее проявление ишемической болезни сердца. Клинически проявляется приступообразными болями в груди, чаще всего за грудиной, вызванными остро наступающим уменьшением или временным прекращением кровоснабжения того или иного участка сердечной мышцы (ишемией её). Одной из частых причин такой недостаточности кровоснабжения миокарда является коронарный атеросклероз. В основе приступа стенокардии лежит кислородное голодание миокарда. Непосредственной же причиной стенокардии является кратковременное сужение коронарных артерий функционального характера, т.е. их спазм. Приступы болей обычно возникают при физическом напряжении, особенно при ходьбе на улице, из-за болезни больной, пройдя некоторое расстояние, вынужден остановиться, после остановки боли проходят, если больной продолжает идти, боли снова появляются. Для стенокардических болей характерно, что они появляются при ходьбе на улице, в то время как в закрытом, теплом помещении ходьба, движение болей не вызывают. Чаще приступы болей наступают в холодное время года, в особенности во время мороза, при движении против ветра. Наблюдается теснейшая связь между приступами болей и предшествовавшими им нервно-психическими напряжениями. Различают стенокардию покоя и стенокардию напряжения. Первая возникает чаще

всего ночью (что объясняется в немалой степени тем, что днем блуждающий нерв находится под тормозящим влиянием коры головного мозга) и указывает на серьезные атеросклеротические поражения коронарных сосудов. Вторая появляется у больных при разной степени физических напряжений.

Признаки. Острая боль за грудиной сжимающего или давящего характера, иррадиирующая (отдающая) чаще всего в левое плечо, левую руку, иногда в левую половину шеи и головы; боли могут иррадиировать и в правую сторону. Иногда больные жалуются на жжение, режущую боль. В момент приступа больной стремится к максимальному покою. При тяжелых приступах кожные покровы бледные, больной покрывается потом, при сильных болях испытывает страх смерти. Боли длятся от 1-2 до 15 минут. Наиболее специфическими и диагностически важными признаками приступа стенокардии являются загрудинная локализация ощущений и связь приступа с нагрузкой. **Неотложная помощь при приступе стенокардии.** Полный покой. Дать нитроглицерин 1 таблетку под язык. У ряда больных нитроглицерин вызывает побочные явления (головная боль, головокружение, сердцебиение). В этих случаях рекомендуется давать уменьшенные дозы нитроглицерина (1/2 таблетки). Нитроглицерин можно принимать повторно через 5 минут, если не было эффекта. Действует он быстро, но кратковременно. Если не удалось купировать приступ, применяют морфин 1% р-р- 1мл с атропином 0,1% р-р 0,5 мл или промедол 2% р-р 1 мл с атропином, больного госпитализируют. Лечение стенокардии направлено прежде всего на уменьшение потребности сердца в кислороде, а также на увеличении коронарного кровотока. Основой лечения коронарной недостаточности являются длительно действующие нитраты, бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция.

Инфаркт миокарда Инфарктом миокарда заболевают лица, страдающие склерозом коронарных артерий и стенокардией, гипертонической болезнью, а также практически здоровые люди, не предъявлявшие никаких жалоб на нарушение функций сердечно-сосудистой системы. Нередко инфаркт миокарда возникает совершенно неожиданно. Обычно заболевание наблюдается у лиц в возрасте старше 40 лет, значительно реже в молодом возрасте. Мужчины заболевают чаще женщин.

Основной причиной заболевания является атеросклероз коронарных артерий. Несомненна роль центральной нервной системы в возникновении инфаркта миокарда. Известны случаи заболевания инфарктом миокарда под влиянием перенапряжения или нервных потрясений. Имеют значение и такие дополнительные факторы, как спазм коронарных артерий, повышенная склонность к тромбообразованию. Инфаркт миокарда возникает вследствие закрытия просвета той или иной ветви коронарной артерии, реже спазма, вызванного склеротическими изменениями, без тромба. Тромбоз коронарной артерии во многих случаях представляет проявление тромбоэмболической болезни, в основе которой, кроме анатомических изменений сосудов и нарушения их нервной регуляции, лежит повышенная свертываемость крови. Закрытие просвета какой-либо из ветвей коронарной артерии, вызванное тромбозом, эмболией или спазмом с последующим тромбозом, ведет сначала к ишемии соответствующего участка сердечной мышцы, а затем к некрозу. В дальнейшем некротические массы рассасываются и замещаются грануляционной тканью, превращающейся в соединительнотканый рубец. Образование плотного рубца наступает примерно через 5-6 недель. Всасывание продуктов распада из некротического участка вызывает повышение температуры со 2-го дня болезни до 37,2 - 38. Повышение температуры может быть однократным или длиться до нескольких дней.

Признаки. Одним из важнейших признаков инфаркта миокарда является остро возникающая боль сжимающего, давящего характера, раздирающего грудную клетку. Боли локализуются в левой половине грудной клетки, за грудиной, иррадиируют в левую лопатку, в шею, подчелюстную область. Иногда боли бывают в правой половине грудной клетки, в правой руке. В отличие от стенокардии боль при инфаркте миокарда отличается своей интенсивностью и продолжительностью - от нескольких часов до 1-2 дней с перерывами. Сильные боли, страх могут способствовать развитию кардиогенного шока. Больной мечется в кровати от боли, не может найти для себя удобного положения, которое облегчило бы его страдания. Это двигательное возбуждение соответствует как бы эректильной фазе шока, а затем развивается состояние, подобное его торпидной фазе, для нее характерно: резкая слабость больного, оглушенность, неподвижность, иногда затемнение сознания,

обильный липкий и холодный пот, бледность с цианотическим оттенком кожных покровов, падение артериального давления, частый, мягкий и малый пульс. Весьма характерно для болей при инфаркте миокарда, что они не устраняются такими сосудорасширяющими препаратами, как нитроглицерин. Также не сразу наблюдается эффект от применения анальгетиков; в ряде случаев только повторное введение морфина или пантопона облегчает боль. Пульс в неосложненных случаях существенно не изменяется, также остаются в норме размеры сердца. Тоны сердца глухие. Артериальное давление снижается, в тяжелых случаях падает до 60-50 мм рт.ст., что ведет к кардиогенному шоку. Если инфаркт миокарда возник у больного гипертонической болезнью, то артериальное давление, снизившись, может держаться на цифрах выше нормальных или снизиться до нормальных. Во время болевого приступа артериальное давление несколько повышается, а после прекращения боли - снижается. У больных инфарктом миокарда иногда вместе с болевым приступом отмечается нарушение ритма, появляется аритмия - экстрасистолия, мерцательная аритмия, брадикардия, блокада сердца (медленный ритм сердца и такой же медленный пульс, меньше 40-30 в минуту). У некоторых больных заболевание начинается с приступа сердечной астмы. В основе этого приступа лежит ослабление мышцы левого желудочка. Внезапно появляется резкая одышка, чувство недостатка воздуха, кашель, больной отмечает kloкотание в грудной клетке, принимает вынужденное сидячее положение, лицо его бледное с синюшным оттенком, дыхание kloкочущее, иногда слышное на расстоянии, нередко отделяется пеннистая, иногда розовая от примеси крови мокрота. В ряде случаев инфаркт миокарда может начаться с острых болей в подложечной области, тошноты, рвоты (так называемая гастралгическая или абдоминальная форма инфаркта миокарда). Это форма атипичного начала инфаркта миокарда ведет часто к грубым диагностическим ошибкам, объясняемым в немалой степени тем, что больной и медицинский работник связывает заболевание со съеденной до этого якобы недоброкачественной пищей, и в результате ставится диагноз пищевого отравления с последующим промыванием желудка - процедуры, которая приводила к смерти больных инфарктом миокарда. Причины такой неправильной диагностики заключаются прежде всего в том, что совершенно упускается из виду существование

и роль рефлекторных влияний, которые могут обусловить инфаркт миокарда и исказить клиническую картину его начала. Кроме того, не учитывается, что инфаркт миокарда может вызвать нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся не только тошнотой и рвотой, но и поносом, т.е. картиной гастро - энтероколита, - эта форма инфаркта миокарда протекает наиболее тяжело и нередко ведет к летальному исходу. При диагностике пищевого отравления у больных старше 40-50 лет следует непременно исключить наличие инфаркта миокарда или гипертонического криза. Отсутствие симптомов группового отравления заставляет быть чрезвычайно осторожным и не пропустить инфаркта миокарда.

Неотложная помощь. Прежде всего необходимо обеспечить больному абсолютный покой, как физический, так и психический, и устранить боль. Нитроглицерин в этих случаях не оказывает действия, поэтому необходимо ввести наркотики (морфин или омнопон: 1-1,5 мл 1% раствора морфина в/в). Морфин вводят вместе с 0,5 мл 0,1% раствора атропина сульфата в целях устранения побочных действий (тошнота, рвота), вызываемых наркотиками. Проводят тромболитическую терапию - метализе, альтеплаза. С первого дня назначают антикоагулянты и бета-адреноблокаторы. В случае кардиогенного шока (падение систолического давления ниже 90 мм рт.ст.) дофамин, допамин струйно. При явлениях сердечной астмы делают инъекции наркотиков (морфин, пантопон), а при отсутствии эффекта и развития отека легких вводят строфантин 0,25-0,50 мл внутривенно с 20 мл 40% раствора глюкозы, эуфиллин 2,4 % 10 мл внутривенно (развести в 20 мл 40% раствора глюкозы, вводить медленно), если артериальное давление не снижено: глюконат кальция 10% 10,0 внутривенно, вдыхание кислорода, насыщенного парами спирта.

Дифференциальная диагностика стенокардии и инфаркта миокарда.

Инфаркт миокарда: Появление боли чаще в покое, Характер боли, сильная/очень сильная продолжительность боли от нескольких часов до 1-2 дней, Иррадиация болей типичная в левую лопатку, в левое плечо, часто не только влево, но и в область позвоночника, и вправо. Эффект от нитроглицерина - без эффекта, Пульс учащен, чаще малого наполнения, артериальное давление снижается, Рвота, тошнота - нередко, аритмия - экстрасистолия, Температура повышается Лейкоцитоз имеется.

Электрокардиограмма - изменения, типичные для инфаркта миокарда с характерной динамикой.

Стенокардия: Появление боли Чаще при физическом напряжении, характер боли - небольшая, умеренная, продолжительность боли от нескольких минут до получаса, Иррадиация болей типичная в левую лопатку, в левое плечо, эффект от нитроглицерина - снимает боль, пульс хорошего наполнения, артериальное давление нормальное, иногда повышается. Рвота, тошнота Исключительно редко. Аритмия редко, температуры нет. Лейкоцитоз - Нет, Электрокардиограмма Обычно без изменений.

Сердечная астма Сердечная астма - приступ внезапно наступающей одышки, обычно в покоем состоянии больного, нередко во время сна. В основе приступа сердечной астмы лежит остро развивающаяся слабость левого желудочка, вызывающая нарушение перехода крови из малого круга кровообращения в большой. В возникновении приступа сердечной астмы имеет значение физические напряжения, волнение, переизбыток и т.п. Наичаще встречается сердечная астма при гипертонической болезни, инфаркте миокарда, атеросклеротическом кардиосклерозе, особенно при поражениях коронарных артерий сердца, пороках сердца преимущественно со стенозом левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточности клапанов аорты и сердца. Чаще всего сердечной астмой страдают люди среднего или пожилого возраста.

Признаки. Приступ начинается обычно ночью, пробуждая больного. Удушью часто сопутствует, а иногда и предшествует упорный кашель. Больной остро ощущает недостаток воздуха, задыхается, глаза выражают страх и беспокойство. Сильная одышка вынуждает больного сесть в постели, спустить ноги (при таком положении одышка у этих больных становится меньше, так как кровь скапливается в венах нижних конечностей, масса циркулирующей крови уменьшается и кровяное русло, так сказать, разгружается, вследствие чего облегчается работа левого желудочка). Кожные покровы и слизистые бледные. Нарастает цианоз. Приступ нередко сопровождается кашлем с небольшим количеством жидкой (серозной) мокроты. Над легкими выслушиваются отдельные сухие хрипы, над нижними отделами мелкопузырчатые влажные хрипы, малозвучные. Частота дыхания доходит

до 40-60 в минуту. Одышка часто смешанного типа, с затрудненным вдохом и выдохом. Пульс частый, напряженный. Артериальное давление несколько повышено.

Сердечная астма может осложниться отеком легких, при этом одышка резко усиливается, цианоз увеличивается, выделяется обильная серозная мокрота, пеннистая, окрашенная в розовый или красноватый цвет вследствие примеси эритроцитов. Мокрота образуется в результате трансудации через стенки легочных капилляров, проницаемость которых повышается, кровяной плазмы с примесью эритроцитов. Транссудат заполняет альвеолы и бронхи и дает обильные крепитирующие и пузырьчатые влажные хрипы на всем протяжении легких, с обеих сторон, сзади и спереди, в нижних и верхних отделах. Дыхание становится kloкочущим. Общее состояние при отеке легких резко ухудшается: пульс частый, слабый, холодный пот. Диагностика сердечной астмы затруднений не вызывает. Чаще всего приходится дифференцировать сердечную астму от бронхиальной астмы, что имеет весьма существенное значение в связи с различными методами неотложной терапии при этих заболеваниях.

У больных сердечной астмой обычно в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания; приступу нередко сопутствует, а иногда предшествует кашель, в более сложных случаях сочетающийся с отхаркиванием пеннистой мокроты; над нижними долями легких, а в более тяжелых случаях и на большем протяжении выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы; одышка инспираторная, иногда смешанная. Для бронхиальной астмы характерно: свистящие и жужжащие хрипы, слышимые на расстоянии, одышка экспираторная; выдох затрудненный; мокрота вязкая, бесцветная, стекловидная. В трудных для дифференциальной диагностики случаях можно применить лекарственные препараты, устраняющие бронхоспазм (адреналин не применять!). хороший и достаточно быстрый эффект от этих препаратов указывает на наличие бронхиальной астмы. Следует помнить о так называемой смешанной форме, когда у больных, страдающих заболеваниями сердца, появляется ряд симптомов, характерных для бронхиальной астмы: удлиненный выдох, сухие свистящие хрипы, развивающиеся в результате бронхоспазма или отека слизистой мелких бронхов, суживающих их просвет.

Неотложная помощь. При оказании помощи необходимо: 1. понизить возбудимость дыхательного центра 2. уменьшить кровенаполнение легких .устранить острую левожелудочковую недостаточность. Прежде всего больному обеспечивается полный покой, придается полусидячее положение. В целях понижения возбудимости дыхательного центра вводят подкожно 1 мл 1% раствора морфина или 1 мл 2 % омнопона. Во избежание побочного действия морфина и омнопона эти препараты применяются вместе с 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина сульфата (при нарушениях мозгового кровообращения, бессознательном состоянии, чейн-стоксовом дыхании, при падении артериального давления ниже 80 мм рт.ст. введение морфина или омнопона противопоказано).

Нарушение ритма сердечных сокращений Является частым осложнением инфаркта миокарда и проявляется в изменении порядка сердечных сокращений, связанного главным образом с состоянием функции возбудимости. Эти нарушения развиваются в результате патологических состояний различных отделов сердца: синусового угла, предсердий, предсердно-желудочкового узла, желудочков. Кроме внутрисердечных причин, расстройство возбудимости сердца может быть связано с внесердечными причинами: влияниями со стороны центральной нервной системы, рефлексорными раздражениями, исходящими из любых органов - системы дыхания, сосудистого аппарата, пищеварительного тракта.

Различают следующие формы нарушения ритма: 1. синусовые брадикардия и тахикардия; 2. синусовые аритмии; .экстрасистолия; .мерцательная аритмия; .пароксизмальная тахикардия; Мы остановимся на трех видах аритмий как наиболее часто встречающихся в практике работы скорой помощи: мерцательная аритмия; пароксизмальная тахикардия; синдром Морганьи - Эдемса - Стокса.

Мерцательная аритмия Эта форма аритмии называется так потому, что при ощупывании пульса установить какой-либо правильности в чередовании волн не удастся. Мерцательная аритмия отражает беспорядочную деятельность сердца, в основе которой лежит трепетание или мерцание предсердий. Мерцание предсердий заключается в мельчайших фибриллярных неправильных сокращениях отдельных мышечных волокон стенки предсердия, возникающих вместо нормального синусового возбуждения. Синусовое возбуждение охватывает предсердие целиком,

мерцательные же импульсы способны сокращать только отдельные участки стенки предсердий. Мерцательная аритмия развивается в результате нарушения функций возбудимости и проводимости сердца и чаще всего наблюдается у больных с митральным пороком сердца и атеросклерозом коронарных артерий. Различные другие дистрофические изменения в миокарде также могут сопровождаться мерцательной аритмией, например при базедовой болезни.

Признаки. Больные жалуются на ощущение внезапно наступившего сердцебиения, замирание в области сердца, одышку, головокружение. Тоны сердца следуют друг за другом с различными интервалами. Отмечается значительная разница в величине отдельных пульсовых волн, многие сокращения сердца пульсовых волн даже не вызывают, так как из-за укороченных диастол желудочки не успевают заполняться. Поэтому при этой аритмии число ударов сосчитывают не только по пульсу (на лучевой артерии), но и по верхушке сердца, по тонам. Разница между первой и второй цифрой дает недочет (дефицит) пульса. По тому, насколько значителен этот дефицит, судят о полезной работе сердца. Дефицит пульса тем больше, чем чаще ритм и хуже сократительная способность миокарда. Обычно при мерцательной аритмии пульс учащен, однако он может быть и замедленным (тахисистолическая и брадисистолическая форма).

Мерцательная аритмия обычно наблюдается как стойкое длительное явление, однако в некоторых случаях она протекает в виде кратковременных припадков.

Неотложная помощь. Вводится кордиамин, дается кислород. При повышенном артериальном давлении - внутримышечная инъекция 10 мл 25% раствора магния сульфата, при отсутствии эффекта - внутривенное вливание строфантина с эуфиллином. С хорошим результатом применяется кокарбоксилаза - кофермент, участвующий в углеводно-фосфорном обмене миокарда. С успехом назначают прием внутрь солей калия - 20 мл 10% раствора калия хлорида 4 раза в день. При отсутствии эффекта вводят внутримышечно 3-5 мл 10% раствора новокаинамида. Если препарат вводится внутривенно, необходимо тщательно наблюдать за состоянием больного, измеряется артериальное давление и в случае его снижения до 80 мм рт.ст. вводится 1 мл 1% раствора мезатона (подкожно). Следует помнить, что при быстром внутривенном введении возможно резкое падение артериального

давления с явлениями коллапса. Применяя новокаинамид, надо учитывать, что, помимо коллаптоидной реакции, возможной при внутривенном введении, новокаинамид может вызвать при всех способах введения общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту. При низком артериальном давлении применять новокаинамид не следует. Назначение кофеина также противопоказано из-за его способности повышать возбудимость миокарда.

Пароксизмальная тахикардия Пароксизмальная тахикардия - приступ внезапно начинающегося и нередко внезапно обрывающегося резкого учащения сердечных сокращений от 150 - 200 и более ударов в минуту при правильном пульсе. Приступ в одних случаях длится несколько минут, в других часы, а иногда и дни. Нередко приступы наблюдаются при разного рода органических заболеваниях сердца (при кардиосклерозе, инфаркте миокарда, гипертонической болезни, митральных пороках сердца, ревмокардите и др.). возникают эти приступы в результате нарушения функции возбудимости миокарда. Сами сокращения возникают не в синусе, а гетеротопно, т.е. в других очагах возбуждения - в предсердиях, предсердно - желудочковом узле и желудочках. По локализации гетеротопных очагов различают предсердную, предсердно - желудочковую и желудочковую форму. Для больных с тяжелыми органическими заболеваниями сердца пароксизмальная тахикардия является опасным для жизни осложнением. Для лиц, не страдающих такими заболеваниями, она не представляет опасности для жизни.

Признаки. У большинства больных внезапно, иногда с ощущением удара в грудь, появляется резкая тахикардия (до 200 и больше ударов в минуту). Приступ сопровождается одышкой и головокружением. Ритм пульса остается правильным. Вены на шее набухают, иногда пульсируют, вследствие чего больные жалуются на чувство напряжения в области шеи. При аускультации сердца: первый тон хлопающий, второй ослаблен. Артериальное давление понижено. При продолжительных приступах появляются симптомы сердечной недостаточности по правожелудочковому типу: печень увеличивается, пальпация ее становится болезненной, развиваются застойные явления в легких, на ногах возникают отеки. С прекращением приступа эти явления проходят.

Неотложная помощь. При предсердной и атрио - вентрикулярной формах пароксизмальной тахикардии для прекращения приступа производятся манипуляции, направленные на возбуждение блуждающего нерва: надавливание на правую сонную артерию в течение нескольких секунд, осторожно. Никогда не следует сжимать обе артерии одновременно. Сонную артерию прижимают большим пальцем правой руки на высоте верхнего края щитовидного хряща внутри от грудино - ключично - сосковой мышцы, сильно надавливая в направлении поперечных отростков шейных позвонков (каротидный рефлекс Чермака - Геринга); сильный выдох после глубокого вдоха с зажатием носа при закрытом рте (проба Вальсальвы), то же, но при глубоком сгибании туловища, искусственная рвота. Необходимо помнить, что при желудочковой форме пароксизмальной тахикардии эти пробы никакого эффекта не дают, а при инфаркте миокарда опасны и совершенно недопустимы. При отсутствии эффекта от указанных выше мероприятий при предсердной форме пароксизмальной тахикардии применяют новокаинамид. Вводится внутримышечно 5 мл 10% раствора или внутривенно медленно 5 мл 10% раствора. При желудочковой форме пароксизмальной тахикардии вводится внутривенно или подкожно 1 мл 1% раствора морфина, новокаиномид внутримышечно. При этой же форме тахикардии, вызванной токсическим действием наперстянки, применяется унитиол. Механизм действия унитиола заключается в том, что он вступает в реакцию с сердечными гликозидами, находящимися в крови и тканях, и образует с ними нетоксичные соединения, которые выводятся с мочой. При некупирующем приступе пароксизмальной тахикардии больные подлежат госпитализации. .

Полная атрио - вентрикулярная блокада. Синдром Морганьи - Эдемса - Стокса. В результате нарушения проведения импульса по пучку Гиса может наступить нарушение координации в работе предсердий и желудочков. Различают неполную блокаду, когда проведение импульса от предсердий к желудочкам лишь затруднено, и полную, когда импульс совершенно не проводится по пучку Гиса и полностью исчезает функциональная связь между деятельностью предсердий и желудочков; в этом случае возникает синдром Морганьи - Эдемса - Стокса - грозное проявление

полной атрио-вентрикулярной блокады, требующей оказания экстренной медицинской помощи.

Основной причиной развития полной атрио-вентрикулярной блокады являются: атеросклероз коронарных сосудов, питающих атриовентрикулярный узел и пучок Гиса, особенно при инфаркте миокарда, соответствующей локализации, и миокардиты: ревматический (чаще), люэтический. При неполной блокаде предсердия и желудочки работают содружественно, однако время прохождения импульса по пучку удлинено. При значительном поражении пучка Гиса проводящая его способность становится все меньше и меньше. Частота пульса при неполном блокаде может упасть до 20-10 в минуту. При таком урежении пульса создаются длительные интервалы, во время которых органы и ткани не получают достаточного кровоснабжения, а это ведет, в свою очередь, к гипоксии, недостатку кислорода. От нарушения кровоснабжения прежде всего страдает центральная нервная система, головной мозг, развивается анемия мозга. Если остановка сокращений желудочков продолжается 15-20 секунд, развивается синдром Морганьи - Эдемса - Стокса, возникающий главным образом в период перехода неполной блокады к полной. При этом синдроме из-за резкого замедления желудочных сокращений, ведущих к ишемии мозга, наблюдается кратковременная потеря сознания и возможны эпилептиформные судороги. При продолжительном приступе (более 5 минут) может наступить смерть.

Признаки. Ритм сердца урежается, число сокращений желудочков падает до 15-10 и меньше в минуту. Больной становится мертвеннобледным, наступает кратковременная потеря сознания, появляются цианоз, головокружение, набухлость шейных вен, глубокое дыхание, нередко эпилептиформные судороги. При выслушивании сердца в этот момент определяется особенно громкий первый тон, "пушечный тон" (Стражеско), объясняющийся тем, что сокращения предсердий не предшествует сокращению желудочков, а возникают одновременно с ним. Через несколько минут пульс учащается, лицо розовеет, больной приходит в сознание, продолжая испытывать резкую слабость. В очень тяжелых случаях, когда приступы следуют один за другим, один из этих приступов может закончиться смертью.

Неотложная помощь. Нитроглицерин под язык. Ингаляция кислорода. Атропин подкожно, внутримышечно или внутривенно - для уменьшения влияния блуждающего нерва на сердечный ритм в целях увеличения числа желудочковых сокращений. Адреналин не принимать, так как он может вызвать трепетание желудочков. Больные с синдромом Морганьи - Эдемс - Стокса требуют срочной госпитализации. У больных с сердечной недостаточностью может развиваться коллапс. Прогноз при коллапсе крайне серьезен и зависит от развития основной болезни (инфаркт миокарда и др.) и от своевременности оказания неотложной помощи. Даже при терминальных состояниях (преагональное, агональное состояние, клиническая смерть), когда прекратилось дыхание и кровообращение, можно в течение 5-6 минут восстановить дыхание и кровообращение (искусственное дыхание рот в рот или рот в нос в сочетании с закрытым массажем сердца) - предотвратить переход клинической смерти в биологическую и спасти больного.

Неотложная помощь. Обеспечение полного покоя. Внутривенное введение (медленно) 0,5 мл кордиамина. В случае отсутствия эффекта внутривенно медленно 0,3 мл 1% раствора мезатона. Ингаляция кислорода. После оказания помощи больного госпитализируют. Транспортировка должна быть осторожной и щадящей.

Постоянные стрессы, везде подстерегающие городского жителя, вызывают перегрузки нервной системы, работа которой тесно связана с деятельностью сердца и сосудов. Физическая активность могла бы помочь и в этом случае, помогая восстановить равновесие в организме. Однако в большинстве случаев мы предпочитаем совсем другие способы. Для снятия стресса используются сильнодействующие лекарственные препараты, нередко человек прибегает к алкоголю или наркотикам. Расслабление, которого мы достигаем таким образом, искусственное и достаточно поверхностное. Настоящего облегчения организму такие способы дать не могут. Для профилактики сердечных заболеваний очень важен здоровый образ жизни: правильное питание, как можно больше движения, прогулок на свежем воздухе, ограничение алкоголя, отказ от курения, постоянное употребление фруктов, овощей, меда, травяных чаев. Как говорил лекарь древности Гиппократ: "Пусть пища станет вашим лекарством." Здоровое сердце - это в первую

очередь здоровый образ жизни, занятия гимнастикой, плаванием, прогулки в лесу, правильное дыхание и еще оптимистичный настрой мыслей.

Использованная литература:

1. Мессель М.А. "Неотложная терапевтическая помощь". М., 1995 г.
2. "Лечение сердечных болезней". "Газета о вашем здоровье в письмах", выпуск №5 (110), 3.2007г. Смолева Э.В. "Сестринское дело в терапии", Ростов-на-Дону, "Феникс", 2004. Справочник терапевта: В 2 т./Н.П.Бочков, А.И. Воробьев и др. под ред. Н.Р. Палеева. - М.: ООО "Фирма "Издательство АСТ", 1998. - Т.1. - 560 с.

Руководитель ординатуры



_____ (ФИО)