



Острые состояния при ИБС

Тактика ведения пациента
при приступе стенокардии, остром ИМ,
кардиогенном шоке

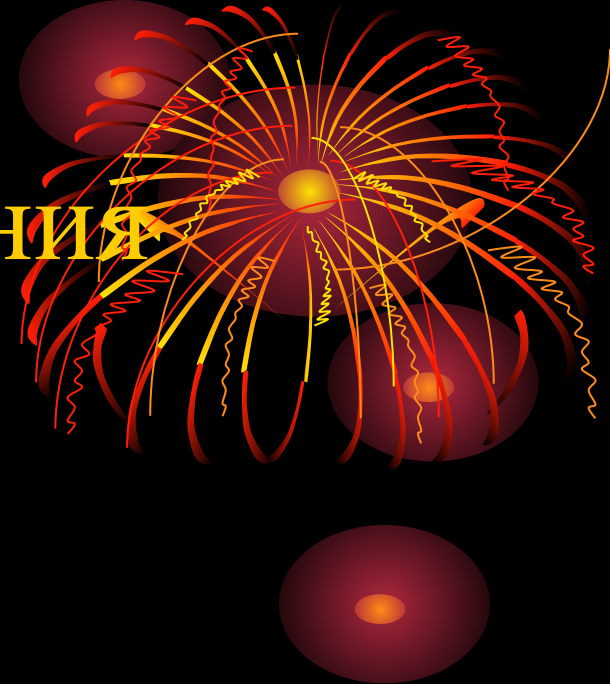
Осложнения ИМ



В зависимости от времени их развития различают:

- ранние осложнения, возникающие в первые часы и дни начала заболевания;
- поздние - на **2-3**-ей неделе течения ИМ и позже

Ранние осложнения



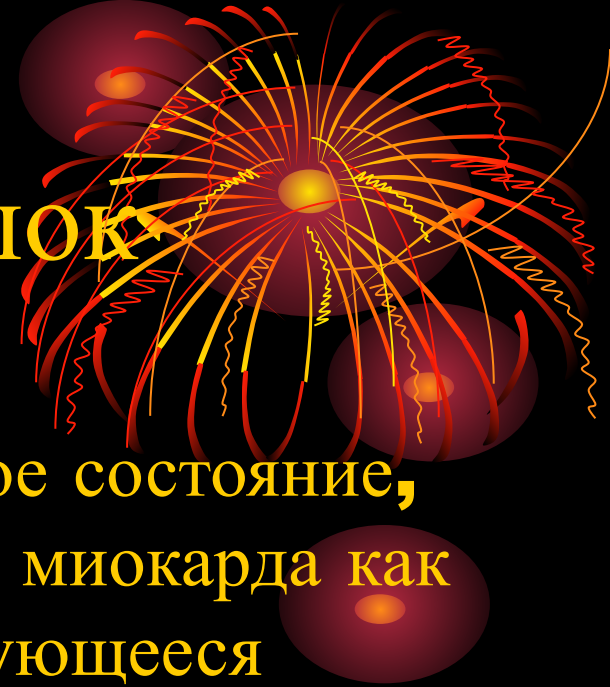
- кардиогенный шок,
- отек легких,
- разрыв сердца (тампонада),
- перикардит,
- острая аневризма сердца,
- поражение сосочковых мышц,
- тромбоэмболические осложнения,
- нарушения ритма и проводимости,

Поздние осложнения



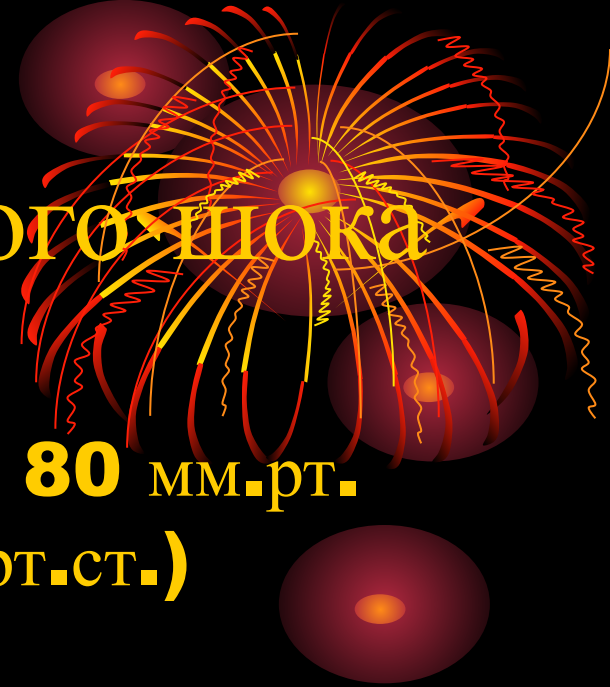
- постинфарктный синдром (синдром Дреслера),
- хроническая СН,
- хроническая аневризма сердца.

Кардиогенный шок



- Кардиогенный шок -- патологическое состояние, остро развивающееся при инфаркте миокарда как его раннее осложнение, характеризующееся нарушением гемодинамики, нарушениями ее нервной и гуморальной регуляции, тяжелыми расстройствами жизнедеятельности.

Критерии кардиогенного шока



- низкие цифры систолического (менее **80** мм.рт.ст.) и пульсового (менее **20-25** мм.рт.ст.) артериального давления,
- олигоанурия,
- периферические признаки шока: (бледность кожных покровов, акроцианоз, при тяжелом течении - мраморность кожи; холодный пот, спавшиеся вены, похолодание конечностей) .

Патогенез кардиогенного шока



- Развитию кардиогенного шока может способствовать поздняя или неадекватная терапия и прежде всего несвоевременное и недостаточное купирование болей.
- Важнейшим пусковым фактором кардиогенного шока является уменьшение ударного и минутного объемов сердца в результате значительного снижения сократительной функции миокарда.
- Это приводит снижению сердечного выброса, уменьшению минутного объема крови и резкому снижению АД.

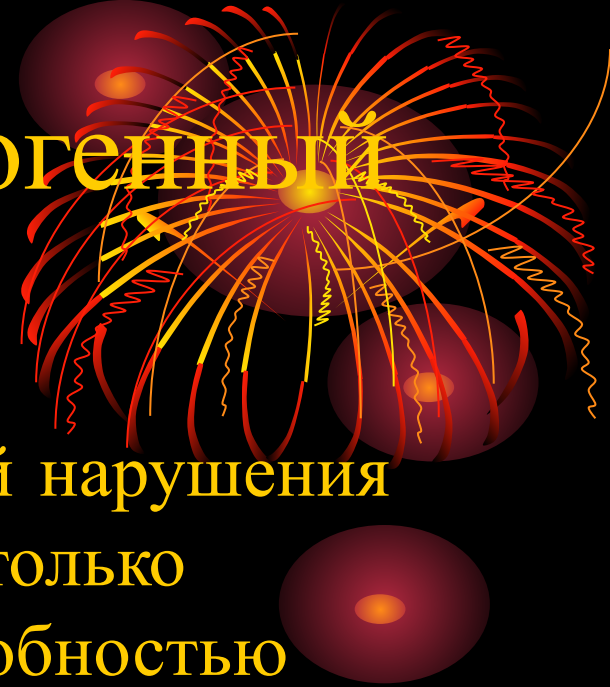
Формы кардиогенного шока



- рефлекторный;
- аритмический;
- истинный;
- ареактивный

Чазов Е.И. (1975г)

Рефлекторный кардиогенный шок



- Наиболее легкая форма, при ней нарушения гемодинамики обусловлены не столько снижением сократительной способности миокарда, сколько рефлекторным снижением АД. Нарушение микроциркуляции минимальное.
- Летальность не велика.

Аритмический кардиогенный ШОК



- В клинической картине значительный удельный вес занимают выраженные нарушения ритма сердца.
- Прогноз зависит от размеров очага некроза, степени гемодинамических и метаболических нарушений, а также от быстроты и степени нормализации сердечного ритма.

Истинный кардиогенный шок



- Возникает, как правило, при обширных ИМ и масса некротизированного миокарда составляет **40-50%** и более от всей массы миокарда левого желудочка
- Представляет собой типичную форму шока
- Прогноз весьма неблагоприятен. Смертность приближается к **100%**.

Ареактивный кардиогенный ШОК.



- Одним из критериев ареактивного шока является неэффективность интенсивной вазопрессорной терапии.
- Резервы компенсаторных механизмов являются полностью исчерпанными.
Летальность равна **100%**.

Кардиогенный шок

Гиповолемия

Боль

Нарушение ритма

В/в введение 200 мл физиологического раствора

Обезболивание

Восстановление нормального ритма

Оценка гемодинамики

Стабилизация гемодинамики

Шоковая гемодинамика

Госпитализация в БИТ

Коррекция гиповолемии при отсутствии отека легких

Добутамин или допамин, при САД < 60 — норадреналин

Госпитализация в БИТ стационара, имеющего кардиохирургическое отделение

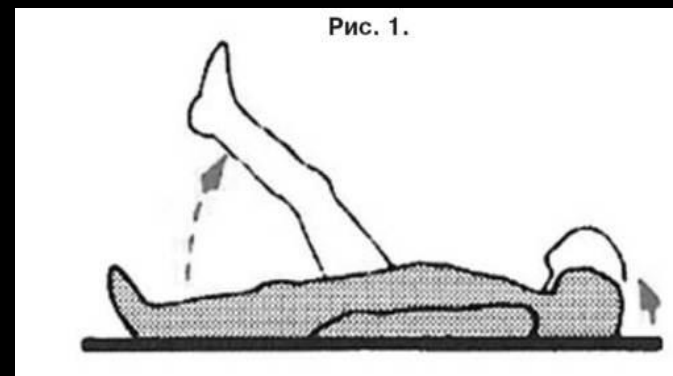
Тактика ведения пациента

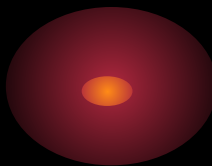
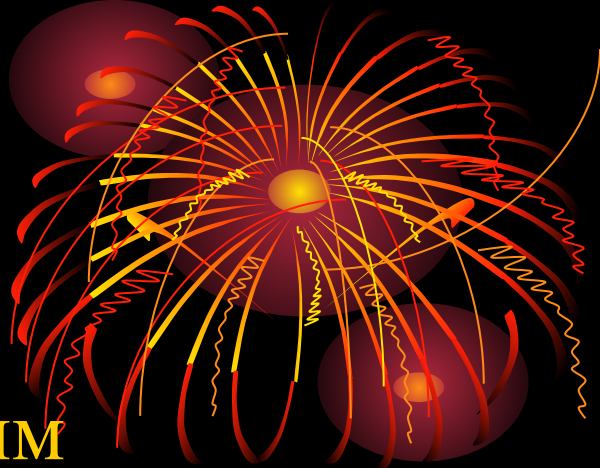
- Лечение кардиогенного шока заключается в повышении сердечного выброса, что достигается различными способами, значимость которых меняется в зависимости от клинического варианта шока.





- При отсутствии признаков застойной сердечной недостаточности (одышки, влажных хрипов в задне - нижних отделах легких) больному необходимо придать горизонтальное положение с **ВОЗВЫШЕННЫМ НОЖНЫМ КОНЦОМ**





• Провести ингаляции увлажненным кислородом



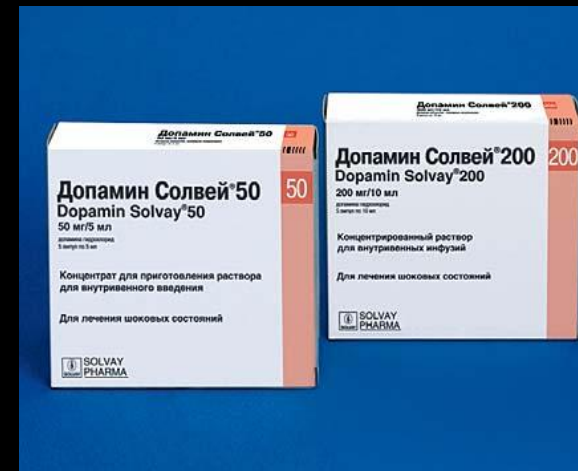
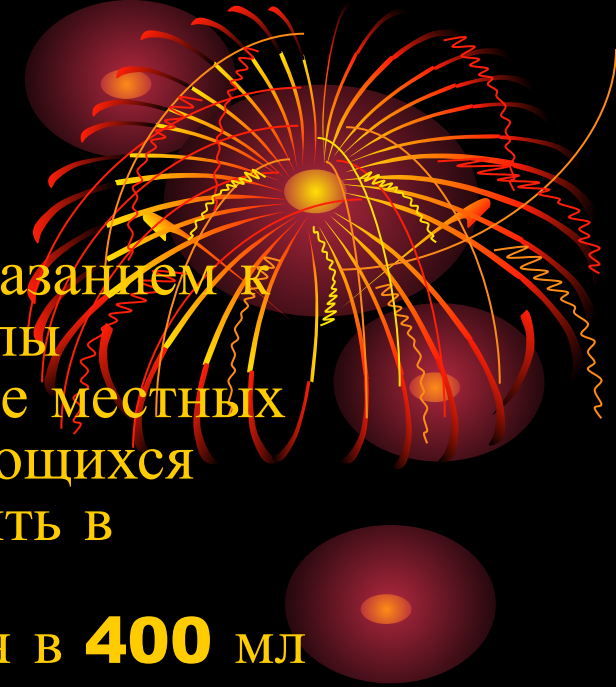


- Вне зависимости от особенностей клинической картины необходимо обеспечить полноценную анальгезию.
- Наиболее эффективный наркотический анальгетик – морфий.
- Доза: **3 – 10 mg** в/в
- Начальная доза при кардиогенном шоке: **0.1** мг/кг в/в
- При гиповолемии: начинать с **2** мг в/в, контроль за гемодинамикой

- При развернутой клинической картине шока и отсутствии признаков застойной сердечной недостаточности терапию следует начинать с введения плазмозаменителей в суммарной дозе до **400** мл под контролем артериального давления, ЧСС, частоты дыханий и аускультативной картины легких;
- Или с введения изотонического раствора натрия хлорида; препарат вводится в количестве до **200** мл в течение **10** мин, показано также повторное введение.



- Отсутствие эффекта от всего комплекса терапевтических мероприятий служит показанием к применению инотропных средств из группы прессорных аминов, которые во избежание местных нарушений кровообращения, сопровождающихся развитием некрозов тканей, следует вводить в центральную вену:
допамин (**400** мг препарата растворяются в **400** мл **5%**-ного раствора глюкозы. Начальная доза составляет **3-5** мкг/кг/мин с постепенным увеличением скорости введения до достижения эффекта)



- отсутствие эффекта от допамина или невозможность его использования в связи с тахикардией, аритмией или повышенной чувствительностью служит показанием к присоединению или проведению монотерапии добутамином, (**250** мг препарата разводится в **500** мл **5%**-ного раствора глюкозы при монотерапии он назначается в дозе **2,5** мкг/кг/мин с увеличением каждые **15-30** мин на **2,5** мкг/кг/мин до получения эффекта).



- При отсутствии противопоказаний с целью коррекции микроциркуляторных нарушений, особенно при длительно некупирующемся шоке, показано назначение гепарина - **5 тыс. МЕ** внутривенно болюсно, затем капельно со скоростью **800 - 1 тыс. МЕ/ч.**



ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- После купирования нарушений гемодинамики все больные с кардиогенным шоком подлежат госпитализации в кардиореанимационные отделения. При торпидном течении КШ госпитализация осуществляется специализированными кардиологическими или реанимационными бригадами.
- Пациентов с кардиогенным шоком следует, по мере возможности госпитализировать в стационары, где имеется кардиохирургическое отделение.



Клиническая симптоматика ИМ

Оптимально

Скорая медицинская помощь

Транспортировка в машине скорой помощи (специально оборудованном вертолете)

Доставка в течение 2 ч в стационар, где возможно проведение ЧКВ
24 ч в сутки 7 дней в неделю

Приемлемо

Врач общей практики, кардиолог

Транспортировка частным способом

Доставка в стационар, где ЧКВ не может быть проведено

Нежелательно

Решение, принятое больным (родственниками) самостоятельно