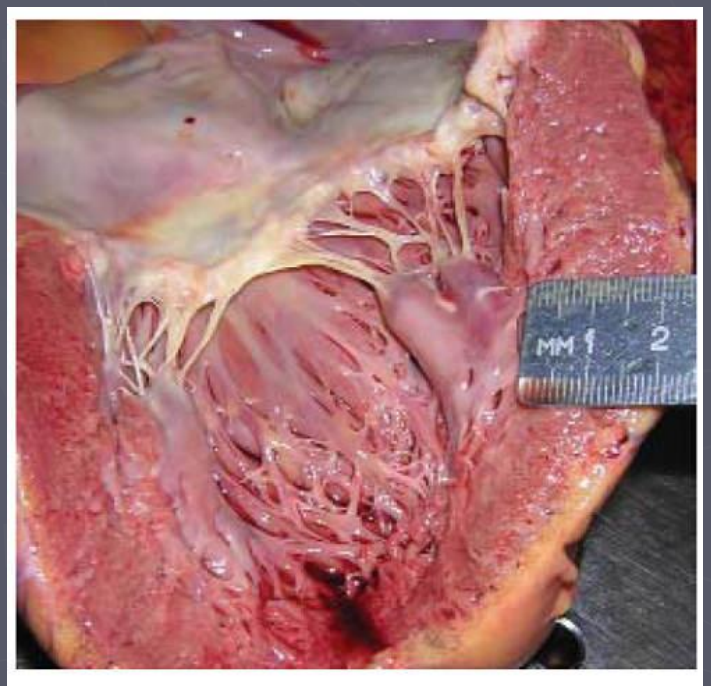
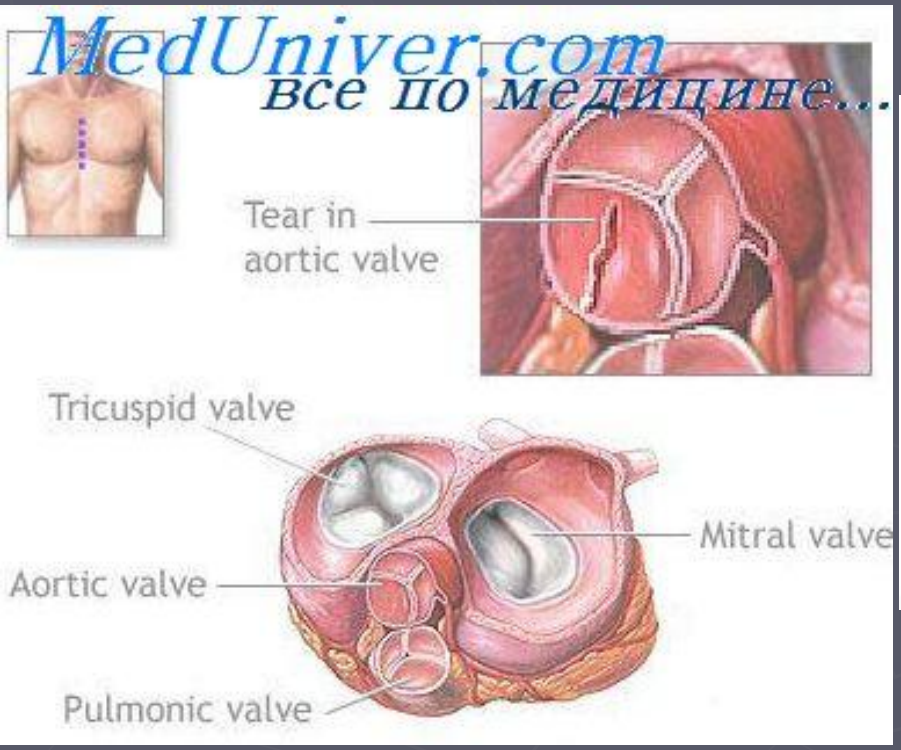
ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

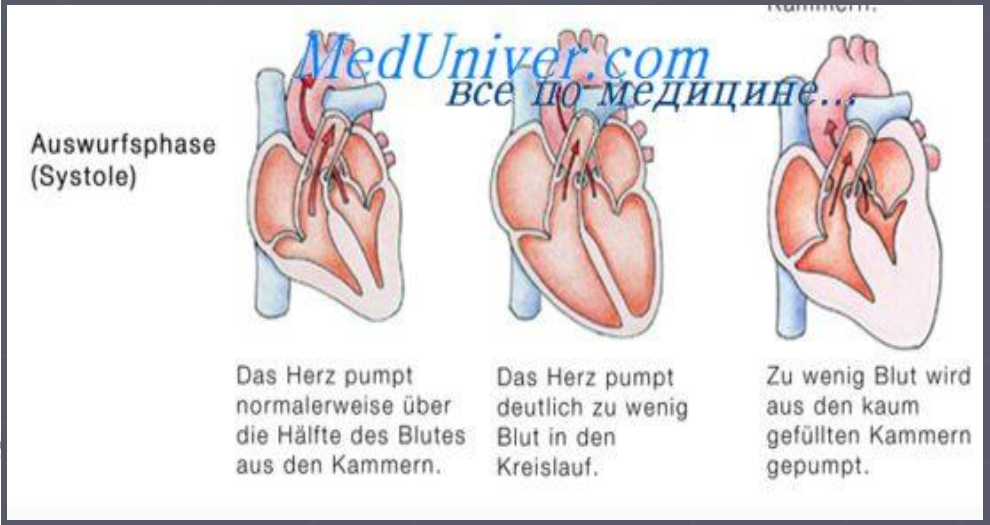
Острая сердечная недостаточность (ОСН) – внезапное снижение сократительной функции сердца, которое приводит к нарушениям внутрисердечной гемодинамики, кровообращения в большом и малом кругах, что может приводить к нарушениям функций отдельных органов.



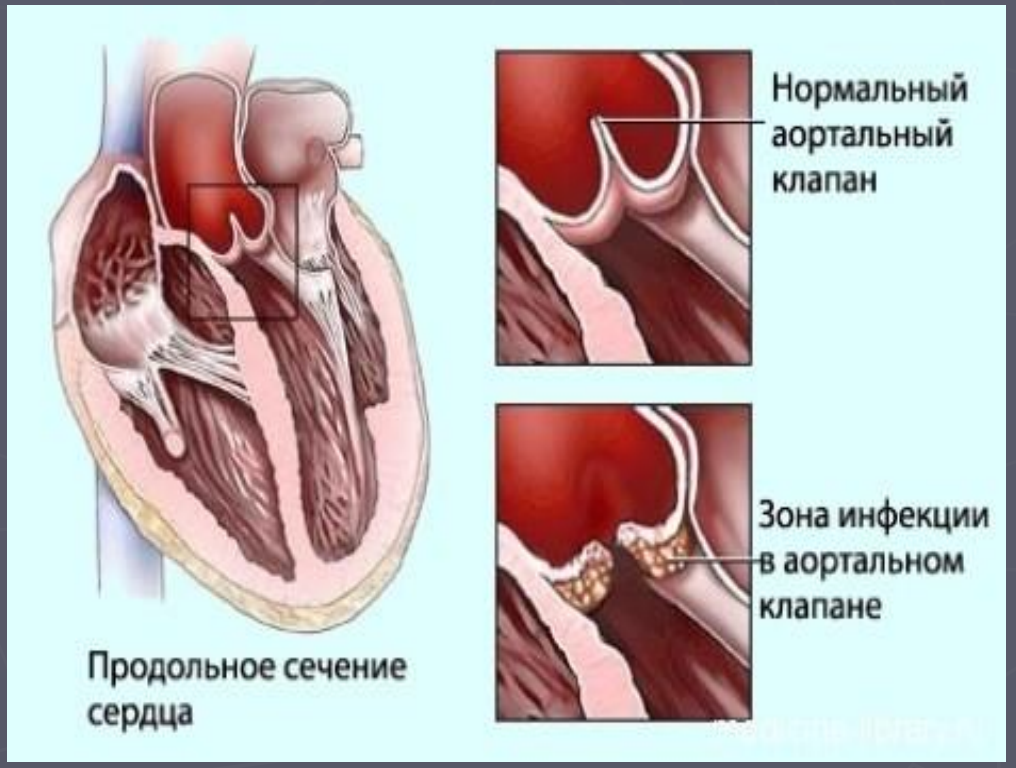
ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ОСЛЖН – острое нарушение сократительной функции ЛЖ – встречается значительно чаще, чем недостаточность ПЖ и проявляется сердечной астмой (СА) и отеком легких.

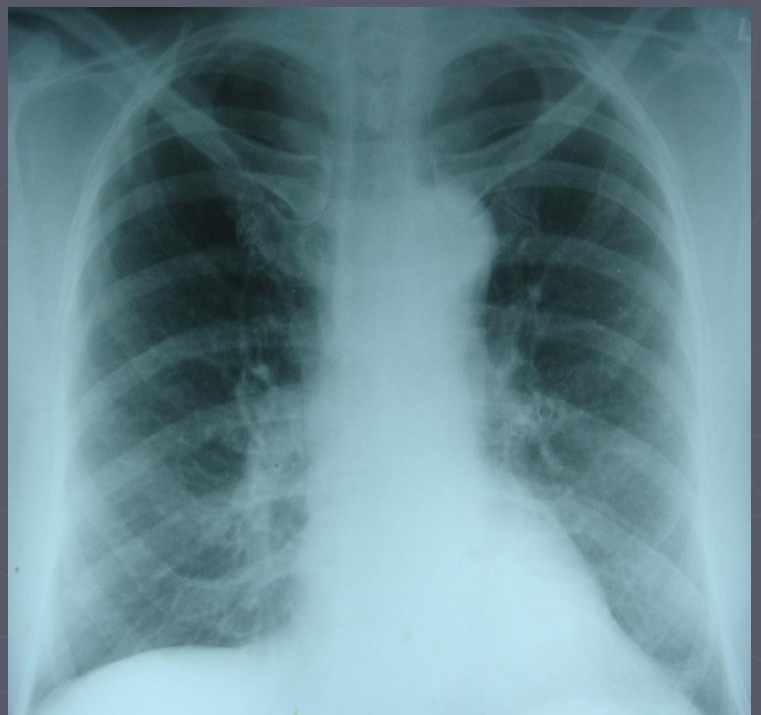




Основные причины – заболевания, которые ведут к гемодинамической перегрузке ЛЖ сердца: ГБ, аортальные пороки, ИМ, тяжелые миокардиты, постинфарктный кардиосклероз (особенно при аневризме ЛЖ). ОСЛЖН может развиться при внутривенном введении чрезмерного количества жидкости, а также при митральном стенозе.

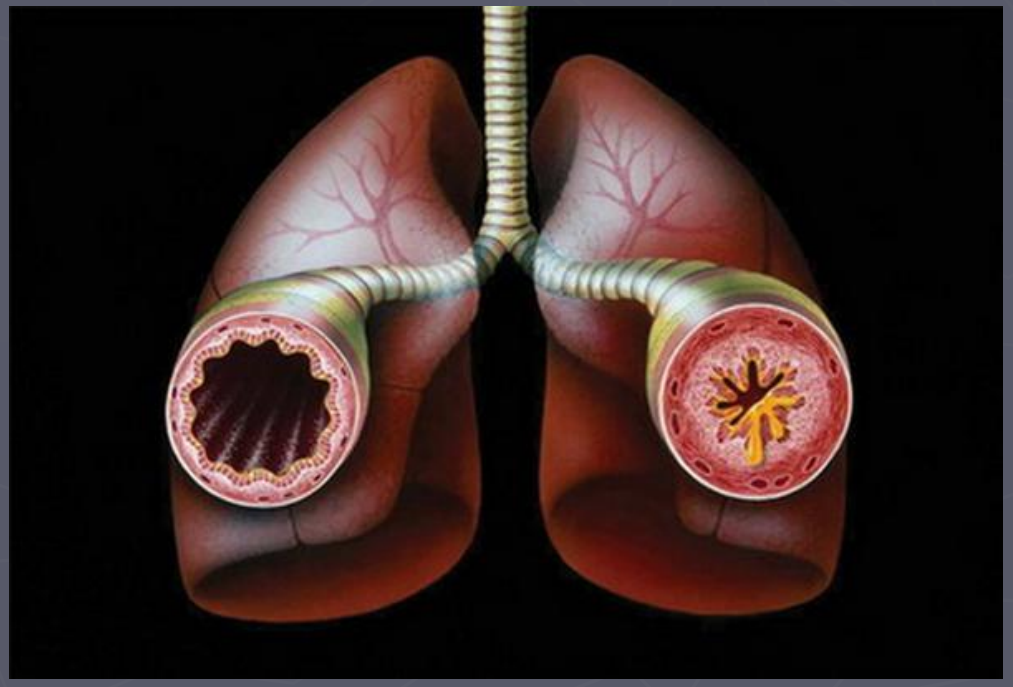


Механизм развития нарушений гемодинамики при ОСЛЖН заключается в том, что резкое ослабление работы ЛЖ при удовлетворительной функции ПЖ приводит к застою, повышению давления крови в сосудах малого круга кровообращения. При этом нарушается газообмен в легких, в крови снижается содержание кислорода, ухудшается его доставка к органам, что в первую очередь сказывается на функции ЦНС: повышается возбудимость дыхательного центра, развивается одышка, достигающая степени удушья. Повышается проницаемость капилляров, происходит выпотевание жидкой части крови (плазмы), которая пропитывает стенки альвеол (интерстициальный отек), а затем заполняет их просвет (альвеолярный отек). В результате сердечная астма переходит в отек легких.



СЕРДЕЧНАЯ АСТМА

Типичный приступ СА развивается ночью, во время сна. Больной просыпается от ощущения нехватки воздуха и страха смерти. Умеренный сухой надсадный кашель может предшествовать или возникать одновременно с удушьем.

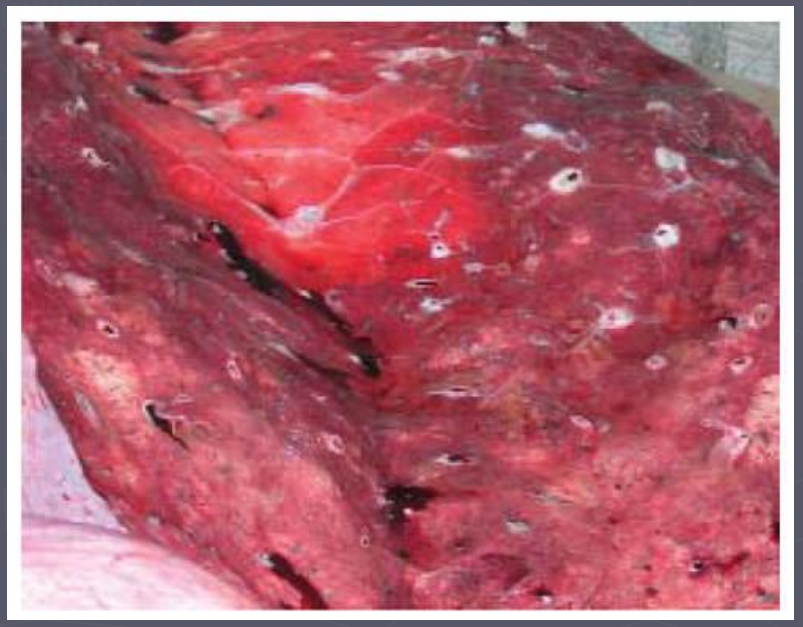


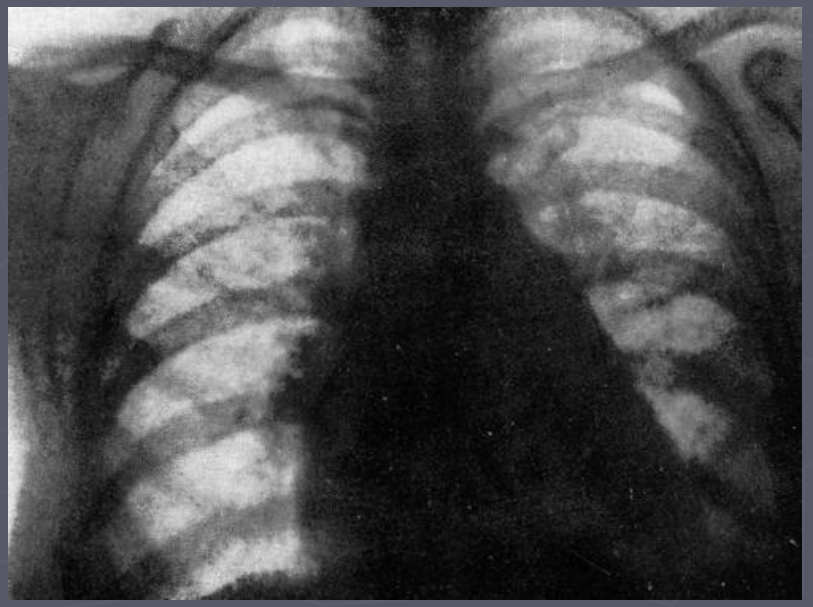
Сильная одышка заставляет больного сесть в постели (опустить ноги на пол) или подойти к открытому окну. Больной возбужден, ловит ртом воздух, выражение лица страдальческое, в глазах страх и беспокойство. Кожа бледно-серая с нарастающим цианозом, покрыта каплями пота. Видны набухшие вены шеи. Дыхание частое, жесткое, выслушиваются одиночные рассеянные сухие и влажные хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца глухие, тахикардия, нередко ритм галопа.

ОТЕК ЛЕГКИХ

Отек легких – более тяжелое проявление ОСЛЖН по сравнению с СА. По патогенезу различают две формы отека легких:

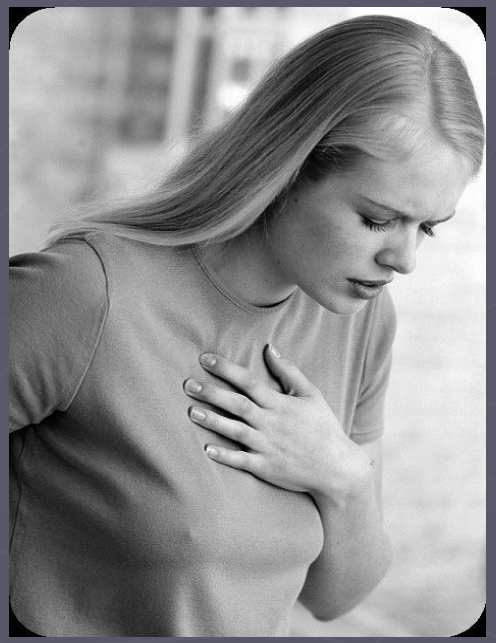
- первая – с увеличением ударного объема сердца, ускоренным кровотоком, повышением АД в большом и малом круге кровообращения – встречается у больных АГ, СН в сочетании с АГ, недостаточностью аортального клапана, сосудистой патологией мозга;
- вторая – с уменьшением ударного объема, нормальным или сниженным АД, повышенным давлением в системе легочной артерии – наблюдается у больных с обширным ИМ, тяжелыми митральным и аортальным стенозами, острым миокардитом, крупозной пневмонией и др.





Для отека легких характерны ощущение нехватки воздуха. выраженная инспираторная одышка, вплоть до удушья, клокочущее дыхание, слышимое на расстоянии (симптом «кипящего самовара»), кашель с выделением розовой пенистой мокроты. Положение ортопноэ. Кожные покровы бледные с акроцианозом, покрыты холодным потом, шейные вены набухшие. Пульс частый, при АГ напряженный, при низком АД слабого наполнения, нитевидный, аритмичный. Тоны сердца глухие, ритм галопа, акцент II тона над легочной артерией. Над всей поверхностью легких прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Неотложная терапия проводится в зависимости от основного заболевания и клинической картины отека легких.



Неотложная помощь при осложнении:

Главная цель – снизить возбуждение дыхательного центра и разгрузить малый круг кровообращения. Необходимо провести следующие лечебные мероприятия:

- придать полусидячее (возвышенное) положение больному;
- оксигенотерапия чистым увлажненным кислородом,
- при отеке легких – пеногашение: ингаляции кислорода через 33% этиловый спирт, в исключительных (!) случаях – 2 мл 96% спирта вводят в трахею или 2 мл 33% спирта – внутривенно, применяют также оксигенотерапию с парами 10% антифомсилана, уменьшающими пенообразование. Предварительно, если имеется пена, ее удаляют электроотсосом или марлевам тампоном из ротовой полости;
- горячие ножные ванны, венозные жгуты на конечности (можно бинтование) на 15 – 20 мин с целью депонирования крови в венозном русле, уменьшения притока крови к правому сердцу и, тем самым, облегчения работы сердца.

При высоком АД:

- **нитроглицерин** 1 – 2 таб. (лучше аэрозоль) под язык несколько раз до достижения эффекта или внутривенно капельно 1% спиртовый раствор в 200 мл физиологического раствора с целью функциональной разгрузки миокарда;
- **кровопускание** в количестве 300 – 500 мл крови;
- ганглиоблокаторы – **пентамин** 5% или **бензогексоний** 2,5% 0,5 – 1 мл подкожно;
- **эуфиллин** 2,4% 10 мл внутривенно медленно (нормализует гемодинамику в МКК, особенно показан при явлениях бронхоспазма);
- мочегонные средства: **лазикс** 2 – 10 мл (в зависимости от высоты АД) в 10 – 15 мл физиологического раствора внутривенно струйно с целью дегидратации легких;

При нормальном АД не применяются ганглиоблокаторы и кровопускание, в остальном действия такие же, как при повышенном АД.

При сниженном АД вводят:

- диуретики;
- с целью повышения АД и улучшения сократительной способности сердечной мышцы: вазопрессор – мезатон 1% 1 мл подкожно; возбуждающие сосудодвигательный центр препараты – кордиамин 1 – 2 мл, кофеин 10% 1 мл; преднизолон 30 – 60 мг внутримышечно; инотропные средства: β-адреностимуляторы – добутамин 250 мг или дофамин 4% 5 мл внутривенно капельно в 400 мл 5% глюкозы, сердечные гликозиды – строфантин 0,05% или коргликон 0,06% 0,5 мл вводятся внутривенно медленно в 10 мл физиологического раствора с осторожностью (на фоне ИМ не вводить!).

ТАКТИКА

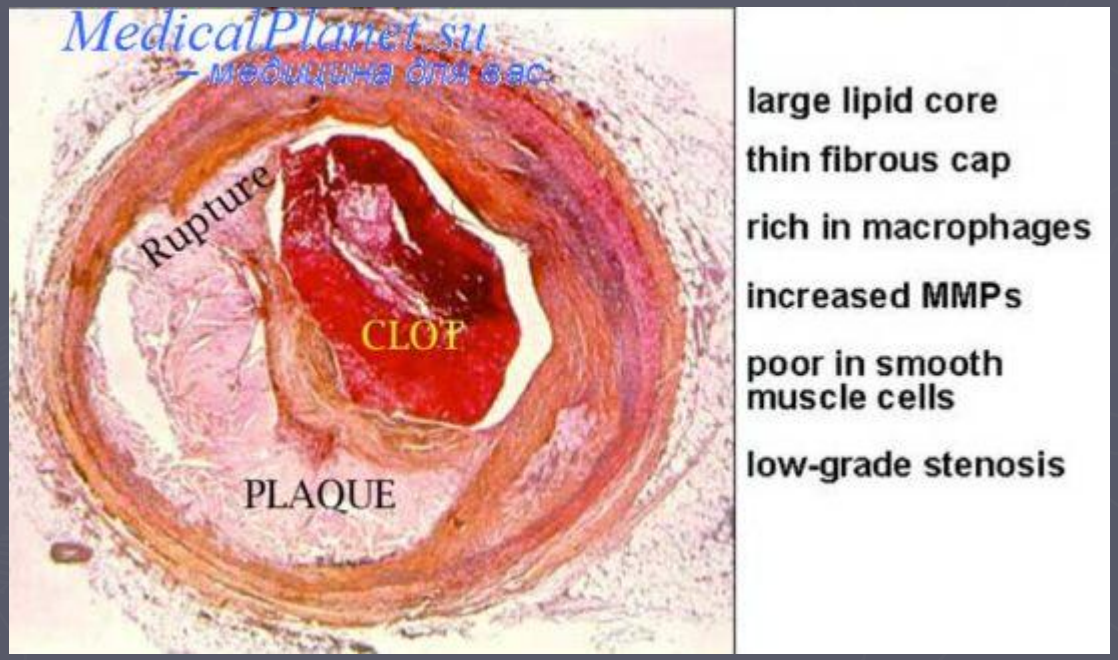
При СА и отеке легких – вызов специализированной бригады и оказание помощи до ее приезда.

После купирования приступа СА – обязательная госпитализация в терапевтическое отделение, при отеке легких – в реанимационное отделение силами специализированной бригады СМП.

Транспортировка в полусидячем положении, при коллапсе – в горизонтальном положении.

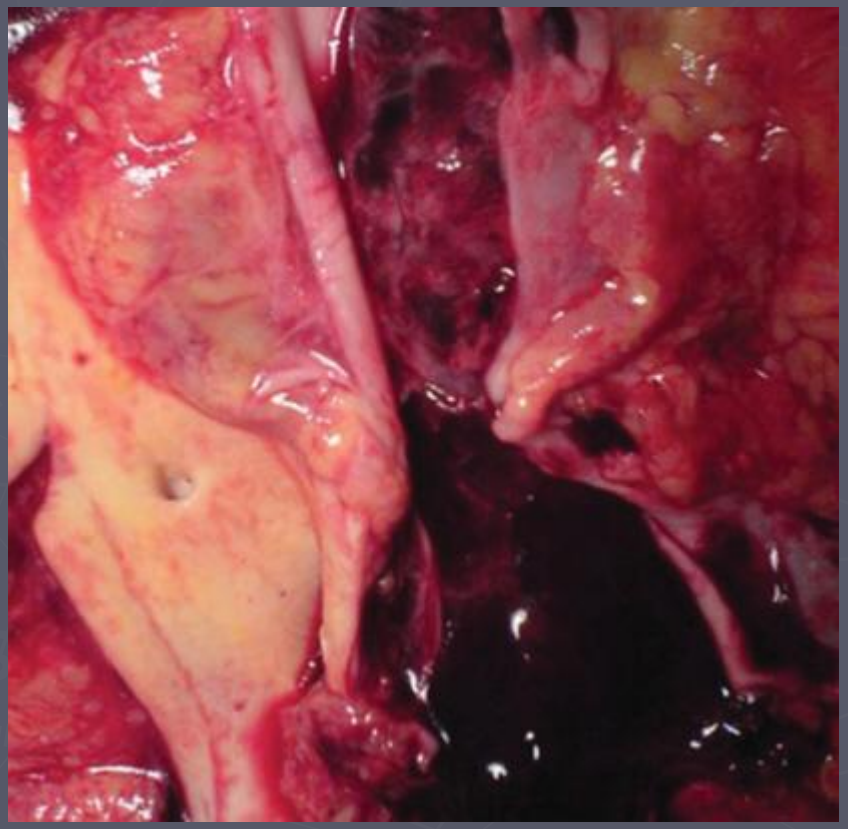
ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

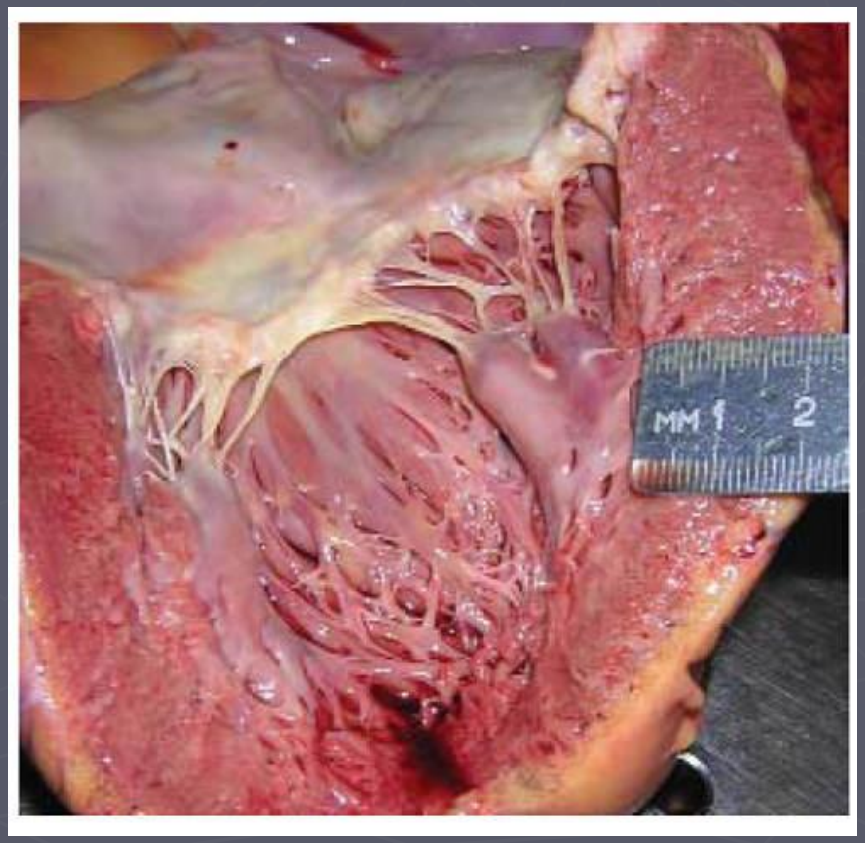
Острая правожелудочковая недостаточность (ОСПЖН) – редкая патология. Она развивается на фоне острой дыхательной недостаточности при остром легочном сердце.



ОСТРОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ (ОЛС)

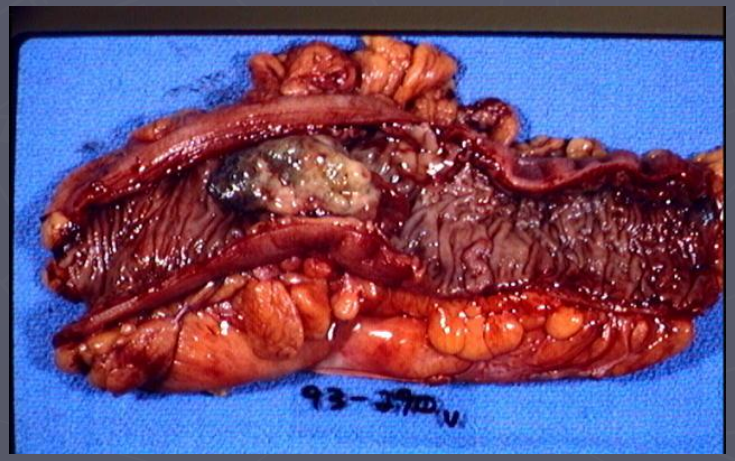
Под ОЛС понимают патологические процессы, характеризующиеся острой дыхательной недостаточностью, развивающейся чаще всего (90%) при тромбоэмболиях легочной артерии (ТЭЛА).





Вероятность развития ТЭЛА повышается:

- при ожирении;
- в пожилом возрасте;
- после хирургических вмешательств;
- после длительной иммобилизации;
- при варикозном расширении вен нижних конечностей, тромбофлебите различной локализации;
- обширном ИМ, ревмокардите, пороках сердца, сердечной недостаточности, мерцательной аритмии;
- злокачественных опухолях;
- беременности, родах;
- сепсисе.



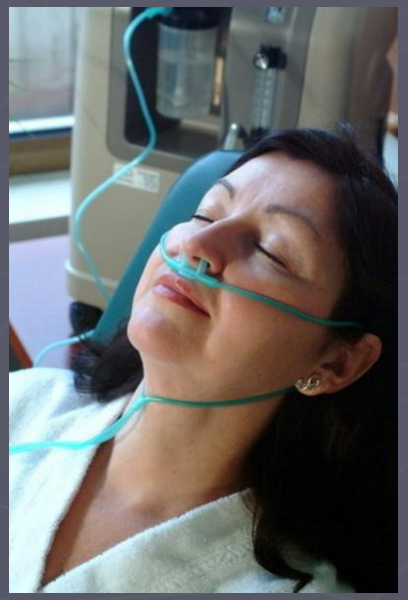
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- для ТЭЛА характерно внезапное начало при относительно хорошем исходном состоянии пациента;
- **резкая боль в груди**, усиливающаяся при дыхании;
- психомоторное **возбуждение**;
- затрудненное дыхание – **удушье, инспираторная одышка** (30 – 60 дыханий в мин),
- **кашель**, иногда **кровохарканье** (признак инфаркта легкого);
- **цианоз**, при тромбоэмболии основного ствола легочной артерии – выраженный **диффузный «чугунный» (серый) цианоз кожи верхней половины туловища**;
- **снижение АД**;
- **набухание шейных вен**,
- **пульс частый слабого наполнения,** нередко **аритмичный** (возможны фибрилляция и остановка сердца);
- **границы сердца расширены вправо**;

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При ТЭЛА:

- Полный **покой,** строгий постельный режим.
- **Оксигенотерапия** – увлажненный 100% кислород.
- **Гепарин** 10000 ЕД внутривенно струйно (не менее 60000 – 70000 ЕД в сутки);
- **Ацетилсалициловая кислота** 0,25 г разжевать и проглотить.
- **Обезболивающие средства**:
- морфина гидрохлорид 1% 1 мл с 0,5 мл 0,1% атропина или омнопон 2% 1 мл;
- анальгин 50% 2 мл с 1 – 2 мл 1% димедрола, 2% супрастина или 2,5% пипольфена.



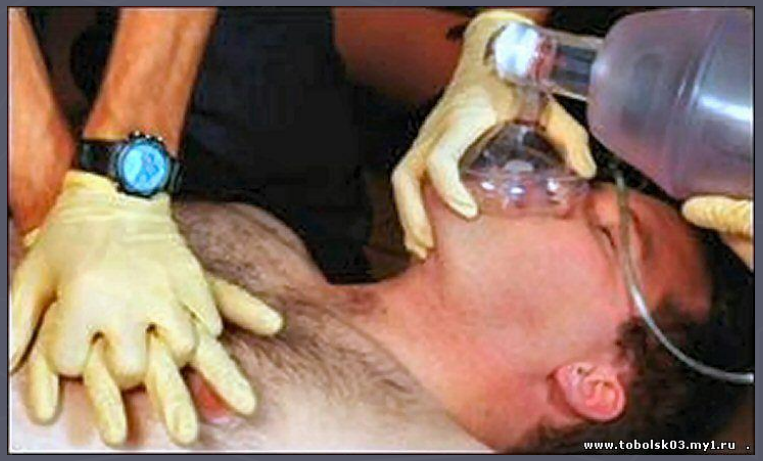
- При низком АД 1% мезатон или 0,2% норадреналин 1 мл в 400 мл физиологического раствора.
- По показаниям:
- сердечные гликозиды – строфантин 0,05% 0,3 – 0,5 мл или коргликон 0,06% 0,5 – 1 мл в 120 мл физиологического раствора, глюкокортикоиды – преднизолон, гидрокортизон.
- Следить за АД и ЧДД.

При ОЛСН, вызванной пневмонией на фоне хронического бронхита, эмфиземы легких:

- антибактериальные препараты парентерально;
- бронходренажные средства – эуфиллин, глюкокортикоиды внутривенно.

При любой этиологии ОЛС:

- увлажненный кислород;
- при необходимости – сердечно-легочная реанимация.



ТАКТИКА

Вызов реанимационной бригады СМП. Оказание неотложной помощи до ее приезда. Срочная транспортировка больного в специализированный стационар силами специализированной бригады независимо от причины ОСПЖН.