Реферат

на тему:

«Первая помощь при стенокардии, угрозе или развитии инфаркта миокарда»

**Выполнила:** Ученица 8 класса Алиева А.С.

**Проверил:** учитель биологии Бабаев М.Я.

Уллугатаг 2017г

Содержание

Введение

Первая помощь

Неотложная медицинская помощь

Стенокардия

Инфаркт миокарда

Клиника и лечение инфаркта миокарда

Список литературы

Введение

*Стенокардия*и*инфаркт миокарда*относятся к такому общему понятию как ишемическая болезнь сердца.*Ишемическая болезнь сердца*(ИБС) характеризуется несоответствием между поступлением крови, богатой кислородом к клеткам миокарда и потребностью в кислороде этих клеток. Этот недостаток кислорода порождает кислородное голодание (гипоксию), а затем ишемию клеток и тканей. При инфаркте этот процесс заканчивается некрозом.

  Таким образом, стенокардия представляет собой клинический синдром, который у пациента проявляется характерной болью, что связано с преходящей кратковременной ишемией миокарда. Боли за грудиной    при стенокардии носят сжимающий, сдавливающий характер, появляются чаще при физической перенагрузке или эмоциональном стрессе и проходящие после прекращения нагрузки, либо после принятия нитратов (нитроглицерин). При прогрессировании процесса боли могут появляться и в покое – стенокардия покоя. Боли при стенокардии могут иметь достаточно характерный признак – иррадиацию, то есть, говоря простыми словами такая боль «отдает» в левое плечо, левую руку, левую лопатку, под левую ключицу, в левую половину шеи. Другими симптомами стенокардии могут быть одышка, беспокоит резкая утомляемость при нагрузке. Длительность приступа стенокардии может быть от 1-5 до 10 минут.

Согласно статистическим данным, частота острого инфаркта миокарда среди населения старше 40 лет в разных регионах мира от 2 до 6 на 1000 населения. Инфаркт миокарда – ведущая причина смерти в Америке и Европе. Снижение смертности по данному заболеванию имеет большую актуальность в наше время.

**Первая доврачебная помощь**. До приезда бригады скорой помощи, либо до первого контакта пациента с медицинским работником необходимо:

1.Уложить больного с приподнятым головным концом, обеспечить тепло и комфорт, свободное дыхание, успокоить человека.

2 Дать больному препарат из группы нитратов, с учетом того – каким препаратом пациент пользовался ранее – это может быть таблетка нитроглицерина, под язык, либо препарат в виде спрея – например Изокет. При необходимости возможно повторение через 5 минут. Обычно, приступ боли после этого купируется.

3.Если болевой приступ длится более 15 минут и назначением нитратов не купируется – это повод для обращения в службу скорой медицинской помощи, либо к любому медицинскому работнику.

4. При продолжающемся приступе целесообразно дать пациенту разжевать полтаблетки аспирина – 250 мг (ацетилсалициловая кислота)

Обязательно оценивается общее состояние пациента – измеряется артериальное давление и частота пульса, при возможности можно записать ЭКГ.

   Отсутствие эффекта от нитратов, и затянувшийся болевой приступ говорят о наличии у пациента нестабильной стенокардии, либо начало формирования острого инфаркта миокарда.

    Острый инфаркт миокарда – неотложное клиническое состояние, так же обусловленное острой гипоксией миокарда, однако при этом начинает формироваться участок некроза (омертвления) сердечной мышцы. Зона некроза соответствует зоне кровоснабжения пораженного сосуда и определяется через 4-6 часов от начала ишемии.

    Боли при инфаркте, как правило, имеют большую интенсивность, чем при стенокардии и чаще имеют жгущий характер, по длительности такой приступ превышает 15 минут (и это тоже диагностический признак инфаркта). Прием нитрата боль не снимает. Заметна бледность кожных покровов, часто бывает холодный липкий пот, общая слабость, чувство нехватки воздуха. Это типичная картина инфаркта, однако, могут быть и другие варианты – встречается  безболевые формы, с иррадиацией болей в живот (абдоминальная форма), аритмическая форма и т.д. Советы по первой помощи следующие:

1.Уложить больного со слегка возвышенным головным концом

2.Обеспечить абсолютный постельный режим, так как любая физическая нагрузка может спровоцировать такие грозные осложнения инфаркта как кардиогенный шок или отек легких.

3.Обеспечить тепло и покой

4.Дать нитроглицерин под язык, или использовать спрей (изокет), затем дать разжевать полтаблетки аспирина и обязательно обратиться за медицинской помощью.

    При возможности записывают ЭКГ, где необходимо определить тип инфаркта – с подъемом сегмента ST, без подъема этого сегмента, также обращают внимание на появление на пленке зубца «кю».

   Медицинская помощь пациенту с острым инфарктом миокарда заключается в кислородотерапии, продолжении назначения нитратов, в том числе и инъекционных форм, адекватное обезболивание с назначением наркотических анальгетиков – морфин. Если инфаркт на догоспитальном этапе осложняется развитием кардиогенного шока – необходимо проведение полного комплекса противошоковой терапии: это и восполнение объема циркулирующей крови путем внутривенного капельного введение растворов, назначение гормональных препаратов, которые способствуют нормализации артериального давления, и стабилизации клеточных мембран.

    Далее на догоспитальном этапе решается вопрос о проведении такого метода лечения, как тромболизис, либо решаются вопросы о хирургических методах лечения. В любом случае пациента транспортируют на носилках в лечебное учреждение для продолжения лечения в стационарных условиях.

**Неотложная медицинская помощь**. ***Ургентное состояние***(от лат.*urgens*, неотложный) — это состояние, которое представляет угрозу для жизни больного/пострадавшего и требует проведения неотложных (в пределах минут-часов, а не дней) лечебных и эвакуационных мероприятий.

***Основные требования:***

1. Готовность к оказанию неотложной медицинской помощи в должном объёме.

Укомплектованность оборудованием, инструментами и лекарственными средствами. Медицинский персонал должен владеть необходимыми манипуляциями, уметь работать с аппаратурой, знать дозы, показания и противопоказания к применению основных лекарственных средств. Знакомиться с работой аппаратуры и читать справочники нужно заранее, а не в неотложной ситуации.

2. Одновременность проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Например, пациенту с комой неясного генеза последовательно внутривенно струйно вводят с лечебной и диагностической целью: тиамин, глюкозу и налоксон.

**Глюкоза** — начальная доза 80 мл 40% раствора. Если причина коматозного состояния — гипогликемическая кома, больной придёт в сознание. Во всех остальных случаях глюкоза будет усваиваться как энергетический продукт.

**Тиамин** — 100 мг (2 мл 5% раствора тиамина хлорида) для профилактики острой энцефалопатии Вернике (потенциально смертельное осложнение алкогольной комы).

Налоксон — 0,01 мг/кг на случай отравления опиатами.

3. Ориентация в первую очередь на клиническую ситуацию

В большинстве случаев дефицит времени и недостаточная информация о больном не позволяют сформулировать нозологический диагноз и лечение, по существу, является симптоматическим и/или синдромальным. Важно держать в голове заранее отработанные алгоритмы и уметь обращать внимания на самые важные детали, необходимые для постановки диагноза и оказания неотложной помощи.

4. Помнить о собственной безопасности. Пациент может оказаться инфицированным (ВИЧ, гепатиты, туберкулёз и др.). Место, где оказывается неотложная помощь, — опасным (отравляющие вещества, радиация, криминальные конфликты и др.) Неправильное поведение или ошибки при оказании неотложной помощи могут явиться поводом для судебного преследования.

**Стенокардия**. ***Что характерно для болей в сердце, обусловленных стенокардией?*** Важнейшим моментом в лечении стенокардии является купирование болевых приступов. Болевой приступ при стенокардии характеризуется сжимающей болью за грудиной, которая может возникнуть либо после физической нагрузки (стенокардия напряжения) либо в покое (стенокардия покоя). Боль длится в течение нескольких минут и снимается с помощью приема нитроглицерина.

***Как купируется приступ стенокардии?*** Для снятия приступа показано применение нитроглицерина (по 2-3 капли 1 % спиртового раствора или в таблетках по 0,0005 г). Препарат должен всосаться в слизистую оболочку полости рта, поэтому его следует помещать под язык. Нитроглицерин вызывает расширение сосудов верхней половины тела и коронарных сосудов. В случае эффективности нитроглицерина боли проходят через 2-3 минуты. Если через несколько минут после приема препарата боли не исчезли, можно принять его повторно.

***Как купируются сильные и затяжные боли при приступе стенокардии?*** При сильных затяжных болях можно ввести внутривенно 1 мл 1 % раствора морфина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Вливание производят медленно. Учитывая, что тяжелый затяжной приступ стенокардии может быть началом инфаркта миокарда, в случаях, когда требуется внутривенное введение наркотических ана-льгетиков, для предупреждения тромбоза следует вместе с морфином (в том же шприце) ввести внутривенно 5000-10000 ЕД гепарина.

Болеутоляющий эффект дает внутримышечное введение 2 мл 50 % раствора анальгина. Иногда его применение позволяет уменьшить дозу вводимых наркотических анальгетиков, так как анальгин усиливает их действие. Иногда хороший обезболивающий эффект дает применение горчичников на область сердца. Раздражение кожи при этом вызывает рефлекторное расширение венечных артерий и улучшает кровоснабжение миокарда.

**Инфаркт миокарда**. ***Каковы основные причины инфаркта миокарда?*** Инфаркт миокарда - некроз участка сердечной мышцы, развивающийся в результате нарушения ее кровоснабжения. Непосредственной причиной инфаркта миокарда является закрытие просвета венечных артерий или сужение атеросклеротической бляшкой либо тромбом.

***Каковы отличительные особенности боли в сердце при инфаркте миокарда?*** Основной симптом инфаркта - сильная сжимающая боль за грудиной слева. Боль иррадиирует в левую лопатку, руку, плечо. Повторный многократный прием нитроглицерина при инфаркте не снимает боли, она может длиться часами, а иногда и сутками.

***Что представляет собой неотложная помощь в острой стадии инфаркта миокарда?*** Неотложная помощь в острой стадии инфаркта включает прежде всего снятие болевого приступа. Если предварительный повторный прием нитроглицерина (по 0,0005 г в таблетке или 2-3 капли 1 % спиртового раствора) боль не снял, необходимо ввести промедол (1 мл 2 % раствора), пантопон (1 мл 2 % раствора) или морфин (1 кл 1 % раствора) подкожно вместе с 0,5 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл кордиамина. Если подкожное введение наркотических анальгетиков обезболивающего эффекта не оказало, следует прибегнуть к внутривенному вливанию 1 мл морфина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Иногда ангинозные боли удается снять только с помощью наркоза с закисью азота в смеси с кислородом в соотношении 4:1, а после прекращения боли - 1:1. В последние годы для снятия болевого синдрома и предупреждения шока применяют фентанил по 2 мл 0,005 % раствора внутривенно с 20 мл физиологического раствора. Вместе с фентанилом обычно вводят 2 мл 0,25 % раствора дроперидола; эта комбинация позволяет усилить обезболивающий эффект фентанила и сделать его более продолжительным. Применение фентанила вскоре после введения морфина нежелательно из-за опасности остановки дыхания.

***Как осуществляется борьба с острой сосудистой и сердечной недостаточностью при инфаркте миокарда?***

В комплекс неотложных мероприятий в острой стадии инфаркта миокарда входит применение средств против острой сосудистой и сердечной недостаточности и антикоагулянтов прямого действия. При незначительном снижении артериального давления иногда достаточно кордиамина, кофеина, камфоры, введенных подкожно. Значительное падение артериального давления (ниже 90/60 мм рт. ст.), угроза коллапса требуют применения более мощных средств - 1 мл 1 % раствора мезатона или 0,5-1 мл 0,2 % раствора норадреналина подкожно. При сохраняющемся коллапсе эти препараты следует вводить повторно через каждые 1-2 часа. В этих случаях показаны также внутримышечные инъекции стероидных гормонов (30 мг преднизолона или 50 мг гидрокортизона), способствующих нормализации сосудистого тонуса и артериального давления.

**Инфаркт миокарда**- это ограниченный некроз сердечной мышцы. Некрозы в большинстве случаев коронарогенные или ишемические. Реже встречаются некрозы без коронарного повреждения: при стрессе - глюкокортикоиды и катехоламины резко повышают потребность миокарда в кислороде; при некоторых эндокринных нарушениях; при нарушениях электролитного баланса.

Сейчас инфаркт миокарда рассматривается только как ишемический некроз, т.е. как повреждение миокарда вследствие ишемии, обусловленной окклюзией коронарных артерий. Самая частая причина - тромб, реже - эмбол. Возможен также инфаркт миокарда при длительном спазме коронарных артерий. Тромбоз чаще всего наблюдается на фоне атеросклеротического повреждения венечных артерий. При наличии атероматозных бляшек происходит завихрение потока крови. Кроме того, вследствие нарушенного липидного обмена при атеросклерозе увеличивается свертываемость крови, что отчасти связано также со снижением активности тучных клеток, вырабатывающих гепарин. Повышенная свертываемость крови + завихрения способствуют образованию тромбов. Кроме того, к образованию тромбов может вести распад атероматозных бляшек, кровоизлияния в них. Примерно в 1% случаев инфаркт миокарда развивается на фоне коллагенеза, сифилитического поражения артерий, при расслаивающейся аневризме аорты. Выделяют предрасполагающие факторы: сильное психоэмоциональное перенапряжение, инфекции, резкие изменения погоды.Инфаркт миокарда - очень распространенное заболевание, является самой частой причиной внезапной смерти. Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него продолжает увеличиваться. Сейчас все чаще инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. В возрасте от 35 до 5О лет инфаркт миокарда встречается в 5О раз чаще у мужчин, чем у женщин. У 6О-8О% больных инфаркт миокарда развивается не внезапно, а имеет место прединфарктный (продромальный) синдром, который встречается в трех вариантах:

1) стенокардия в первый раз, с быстрым течением - самый частый вариант;

2) стенокардия протекает спокойно, но вдруг переходит в нестабильную - возникает при других ситуациях, не стало полного снятия болей;

3) приступы острой коронарной недостаточности;

4) стенокардия Принцметалла

**Клиника инфаркта миокарда**. Заболевание протекает циклически, необходимо учитывать период болезни. Чаще всего инфаркт миокарда начинается с нарастающих болей за грудиной, нередко носящих пульсирующий характер. Характерна обширная иррадиация болей - в руки, спину, живот, голову и т.д. Больные беспокойны, тревожны, иногда отмечают чувство страха смерти. Часто присутствуют признаки сердечной и сосудистой недостаточности - холодные конечности, липкий пот и др. Болевой синдром длительный, не снимается нитроглицерином. Возникают различные расстройства ритма сердца, падение АД. Указанные выше признаки характерны для 1-ого периода - болевого или ишемического. Длительность 1 периода от нескольких часов до 2-х суток.Объективно в этот период можно найти: увеличение АД (затем снижение); увеличение частоты сердечных сокращений; при аускультации иногда слышен патологический 4-й тон; биохимических изменений крови практически нет, характерные признаки на ЭКГ.

2-ой период - острый (лихорадочный, воспалительный), характеризуется возникновением некроза сердечной мышцы на месте ишемии. Появляются признаки асептического воспаления, начинают всасываться продукты гидролиза некротизированных масс. Боли, как правило. проходят. Длительность острого периода до 2-х недель. Самочувствие больного постепенно улучшается, но сохраняется общая слабость, недомогание, тахикардия. Тоны сердца глухие. Повышение температуры тела, обусловленное воспалительным процессом в миокарде, обычно небольшое, до 38оС, появляется обычно на 3-й день заболевания. К концу первой недели температура, как правило, нормализуется.

При исследовании крови во 2-м периоде находят: лейкоцитоз, возникает к концу 1-х суток, умеренный, нейтрофильный (1О-15 тыс.) со сдвигом до палочек: эозинофилы отсутствуют или эозинопения; постепенное ускорение СОЭ с 3-5 дня заболевания, максимум ко 2-й неделе, к концу 1-го месяца приходит к норме; появляется С-реактивный белок, который сохраняется до 4 недели; повышается активность трансминазы, особенно ГЩУ - через 5-6 часов и держится 3-5-7 дней, достигая 50 ЕД. В меньшей степени увеличивается глутаминовая трансминаза. Повышается также активность лактатдегидрогеназы (5О ЕД), которая возвращается к норме на 1О сутки. Исследования последних лет показали, что более специфичной по отношению к миокарду является креатинфосфокиназа, ее активность повышается при инфаркте миокарда до 4-х ЕД на 1 мл и сохраняется на высоком уровне 3-5 дней.Считается, что существует прямая пропорциональная зависимость между уровнем креатинфосфокиназы и протяженностью зоны очага некроза сердечной мышцы.На ЭКГ ярко представлены признаки инфаркта миокарда.а) при проникающем инфаркте миокарда (т.е. зона некроза распространяется от перикарда до эндокарда): смещение сегмента ST выше изолинии, форма выпуклая кверху - это первый признак проникающего инфаркта миокарда; слияние зубца Т с сегментами ST на 1-3 день; глубокий и широкий зубец Q - основной, главный признак; уменьшение величины зубца R, иногда форма QS; характерные дискордантные изменения - противоположные смещения ST и Т (например, в 1 и 2 стандартном отведениях по сравнению с 3 стандартным отведением); в среднем с 3-го дня наблюдается характерная обратная динамика изменений ЭКГ: сегмент ST приближается к изолинии, появляется равномерный глубокий Т. Зубец Q также претерпевает обратную динамику, но измененный Q и глубокий Т могут сохраняться на всю жизнь.б) при интрамуральном инфаркте миокарда: нет глубокого зубца Q, смещение сегмента ST может быть не только вверх, но и вниз.Для правильной оценки важно повторное снятие ЭКГ.

Хотя ЭКГ-признаки очень помогают диагностике, диагноз должен опираться на все признаки (в критерии) диагностики инфаркта миокарда:

1.Клинические признаки. 2.Электрокардиографические признаки. 3. Биохимические признаки *3-ий период* (подострый или период рубцевания) длится 4-6 недель. Характерным для него является нормализация показателей крови (ферментов), нормализуется температура тела и исчезают все другие признаки острого процесса: изменяется ЭКГ, на месте некроза развивается соединительно-тканный рубец. Субъективно больной чувствует себя здоровым. *4-ый период* (период реабилитации, восстановительный) - длится от 6-ти месяцев до 1 года. Клинически никаких признаков нет. В этот период происходит компенсаторная гипертрофия интактных мышечных волокон миокарда, развиваются другие компенсаторные механизмы. Происходит постепенное восстановление функции миокарда. Но на ЭКГ сохраняется патологический зубец Q.**Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда:**

1. Стенокардия. При инфаркте боли носят нарастающий характер, большей интенсивности, больные возбуждены, беспокойны, а при стенокардии - заторможены. При инфаркте нет эффекта от нитроглицерина, боли длительные, иногда часами; при стенокардии четкая иррадиация болей, при инфаркте - обширная. Наличие сердечно-сосудистой недостаточности более свойственно инфаркту миокарда. Окончательная диагностика - по ЭКГ.

2. Острая коронарная недостаточность. Это - затянувшийся приступ стенокардии с явлениями очаговой дистрофии миокарда., то есть промежуточная форма. Длительность болей от 15 мин до 1 часа, не более: эффекта от нитроглицерина тоже нет. Изменения ЭКГ характеризуются смещением сегмента ST ниже изолинии, появляется отрицательный зубец Т. В отличие от стенокардии, после окончания приступа изменения ЭКГ остаются, а в отличие от инфаркта миокарда изменения держатся только 1-3 дня и полностью обратимы. Нет повышения активности фермсентов, так как нет некроза.

**3.Перикардит.**  Болевой синдром весьма сходен с таковым при инфаркте миокарда. Боль длительная, постоянная, пульсирующая, но нет нарастающего, волнообразного характера боли. Нет предвестников (нестабильной стенокардии). Боли четко связаны с дыханием и положением тела. Признаки воспаления: повышение температуры, лейкоцитоз. Появляются не после начала болей, а предшествуют, или появляются вместе с ними. Шум трения перикарда долго сохраняется. На ЭКГ смещение сегмента ST выше изолинии, как и при инфаркте миокарда, но нет дискордантности и патологического зубца Q - главного признака инфаркта миокарда; подъем сегмента ST происходит практически во всех отведениях, так как изменения в сердце носят диффузный характер, а не очаговый, как при инфаркте. При перикардите при возвращении сегмента ST на изолинию зубец Т остается положительным, при инфаркте - отрицательным.

4.*Эмболия ствола легочной артерии* (как самостоятельное заболевание, а не осложнение инфаркта миокарда). Возникает остро, резко ухудшается состояние больного. Острые загрудинные боли, охватывающие всю грудную клетку, на первый план выступает дыхательная недостаточность: приступ удушья, диффузный цианоз. Причиной эмболии бывают мерцательная аритмия, тромбофлебит, оперативные вмешательства на органах малого таза и др. Чаще наблюдается эмболия правой легочной артерии, поэтому боли больше отдают вправо, а не влево.Признаки острой сердечной недостаточности по правожелудочковому типу: одышка, цианоз, увеличение печени. Акцент II тона на легочной артерии, иногда набухание шейных вен. ЭКГ напоминает инфаркт в правых I и II грудных отведениях, есть признаки перегрузки правого сердца, может быть блокада ножки пучка Гисса. Изменения исчезают через 2-3 дня.Эмболия часто приводит к инфаркту легкого: хрипы, шум трения плевры, признаки воспаления, реже наблюдается кровохарканье. Рентгенологически изменения клиновидной формы, чаще справа внизу.

5. *Расслаивающаяся аневризма аорты.* Чаще всего возникает у больных с высокой артериальной гипертензией. Нет периода предвестников, боль сразу же носит острый характер, кинжальная. Характерен мигрирующий характер болей: по мере расслаивания боли распространяются вниз в поясничную область, в нижние конечности. В процесс начинают вовлекаться другие артерии - возникают симптомы окклюзии крупных артерий, отходящих от аорты. Отсутствует пульс на лучевой артерии, может наблюдаться слепрота. На ЭКГ нет признаков инфаркта. Боли атипичные, не снимаются наркотиками.

*6. Печеночная колика.* Необходимо дифференцировать с абдоминальной формой инфаркта миокарда. Чаще у женщин, есть четкая связь с приемом пищи, боли не носят нарастающего волнообразного характера, иррадиируют вправо вверх. Часто повторная рвота. Локальная болезненность, однако это бывает и при инфаркте миокарда вследствие увеличения печени. Помогает ЭКГ. Повышена активность ЛДГ 5, а при инфаркте - ЛДГ 1.

*7. Острый панкреатит.* Тесная связь с едой: прием жирной пищи, сладкого, алкоголя. Опоясывающие боли, повышена активность ЛДГ 5. Повторная, часто неукротимая рвота. Помогает определение активности ферментов (амилаза мочи), ЭКГ.

*8. Прободная язва желудка.* На рентгенограмме воздух в брюшной полости (серп над печенью).

*9. Острый плеврит*. Связь болей с дыханием, шум трения плевры.

*10. Острые корешковые боли* (рак, туберкулез позвоночника, радикулит). Боли связаны с изменением положения тела.

*11. Спонтанный пневмоторакс.* Признаки дыхательной недостаточности, коробочный перкуторный звук, отсутствие дыхания при аускультации (не всегда).

*12. Диафрагмальная грыжа.* Сопутствует пептический эзофагит. Боли связаны с положением тела, больше в горизонтальном положении тела, срыгивание, чувство жжения, усиленная саливация. Боли появляются после приема пищи. Тошнота, рвота.

*13. Крупозная пневмония.* В случае захвата в патологический процесс медиастенальной плевры боли могут быть за грудиной. Высокая лихорадка, данные со стороны легких.

**Формулировка диагноза**1. ИБС.2. Атеросклероз коронарных артерий.3. Инфаркт миокарда с указанием даты (от ...) и локализация патологического процесса (какой стенки).4. Осложнения.

**Лечение инфаркта миокарда** . ***Две задачи:*** 1. Профилактика осложнений. 2. Ограничение зоны инфаркта. Необходимо, чтобы лечебная практика соответствовала периоду заболевания.

**1.Предынфарктный период.**Главная цель лечения в этот период - предупредить возникновение инфаркта миокарда:

- постельный режим (до тех пор, пока есть признаки нарастания коронарной недостаточности);

- прямые антикоагулянты:

- гепарин, можно вводить в/в, но чаще применяют п/к по 5-1О тыс. ЕД через каждые 4-6 часов.

- антиаритмические средства: поляризующая смесь. Если

- глюкоза 5% 2ОО-5ОО мл у больного сахарный диа-

- хлорид калия 1О% - 3О,О бет, то глюкозу заменить

- сульфат магния 25% - 2О,О физраствором.

- инсулин 4-12 ЕД

- кокарбоксилаза 1ОО мг

- бета-адреноблокаторы /Anaprillini О,О4;

- нитраты пролонгированного действия (Sustak-forte).иногда проводят экстренную реваскуляризацию миокарда.

**2. Острейший период.** Основная цель лечения - ограничить зону повреждения миокарда. Снятие болевого синдрома: начинать правильнее с нейролептанальгезии, а не с наркотиков, т.к. при этом меньше осложнений; фентанил 1-2 мл в/в на глюкозе /О,ОО5% 2 мл; дроперидол 2,О мл О,25% 2 мл на 4О мл 5% р-ра глюкозы; таламонал (содержит в 1 мл О,О5 мг фентанила и 2,5 мг дроперидола) 2-4 мл в/в струйно. Аналгетический эффект наступает немедленно после в/в введения (у 6О% больных) и сохраняется 3О мин. ***Фентанил,*** в отличие от опиатов, очень редко угнетает дыхательный центр. После нейролептанальгезии сознание быстро восстанавливается. Не нарушается кишечная перистальтика и мочеотделение. Нельзя сочетать с опиатами и барбирутатами, т.к. возможно потенцирование пробочных эффектов. При неполном эффекте повторно вводят через 6О мин. морфин 1% 1,5 п/к или в/в струйно; омнопон 2% - 1,О п/к или в/в; промедол 1% - 1,О п/к.Побочные явления препаратов группы морфина:

а) угнетение дыхательного центра - налорфин 1-2 мл в/в.

б) снижение рН крови и индуцирование синдрома электрической нестабильности сердца;

в) способствует депонированию крови, снижению венозного возврата, приводя к относительной гиповолении;

г) мощное ваготропное действие - усугубляется брадикардия, может быть тошнота, рвота, угнетение перистальтики кишечника и парез мускулатуры мочевого пузыря.

В связи с возможностью указанных осложнений применение морфинов и его аналогов при инфаркте миокарда должно быть сведено к минимуму.Закисно-кислородная аналгезия. Ее применение при инфаркте миокарда - приоритет советской медицины. Применяют по следующей схеме:

***Этапы проведения:***

а) Премедикация - аведение пипольфена, атропина, морфина, дроперидола (в том числе и на догоспитальном этапе)

б) Денитрогенизация - вентиляция легких чистым кислородом в течение 3-5 мин.

в) Период аналгезии - ингаляция закисью азота и кислородом в соотношении 2,5:1 в течение 10 мин.

г) 2-й период аналгезии - ингаляция закисью азота и кислородом в соотношении 1:1 до 5 часов.

д) Выведение из наркоза Вентиляция легких чистым кислородом в течение 3-5 мин.

Для усиления обезболивающего эффекта, снятия тревоги, беспокойства, возбуждения:

- анальгин 5О% - 2,О в/м или в/в;

- димедрол 1% - 1,О в/м (седативный эффект) + аминазин 2,5% - 1,О в/м в/в (потенцирование наркотиков). Кроме того, аминазин оказывает гипотензивное действие, поэтому при нормальном или пониженном давлении вводят только димедрол. Аминазин может вызывать тахикардию.При локализации инфаркта на задней стенке левого желудочка болевой синдром сопровождается брадикардией - ввести холинолитик: атропина сульфат 0,1% - 1,0 (при тахикардии не вводить!).

Возникновение инфаркта часто связано с тромбозом коронарных артерий, поэтому необходимо введение антикоагулянтов, которые особенно эффективны в первые минуты и часы заболевания. Они также ограничивают зону инфаркта + обезболивающий эффект.

Дополнительно: гепарин 10-15 тыс. (около 2 мл), в 1 мл - 5 тыс.ЕД; фибринолизин 6 тыс. в/в кап.; стрептаза 25О тыс. на физ. р-ре в/в кап.Гепарин вводят в течение 5-7 дней под контролем свертывающей системы крови, вводят 4-6 раз в сутки (т.к. длительность действия 6 час.), лучше в/в. Также повторно вводится фибринолизин в течение 1-2 сут. (т.е. только в течение 1-го периода).