

ГОСТРА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

ПІДГОТУВАЛА СТУДЕНТКА
1МФ, 6 КУРСУ, 4 ГРУПИ
ТИМОЩУК СОФІЯ ІВАНІВНА

ВИЗНАЧЕННЯ

Гостра серцева недостатність (ОСН), що є наслідком порушення скоротливої здатності міокарду і зменшення об'ємів систоли і хвилинного серця, виявляється у край важкими клінічними синдромами: кардіогенним шоком, набряком легенів, гострим легеневим серцем.

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ І ПАТОГЕНЕЗ

Падіння скоротливої здатності міокарду виникає або в результаті його перевантаження, або внаслідок зменшення функціонуючої маси міокарду, зменшення контрактильної здатності міоцитів або зниження податливості стінок камер.

Ці стани розвиваються в наступних випадках:

- при порушенні функції діастолі і систоли міокарду при інфаркті (найбільш часта причина), запальних або дистрофічних захворюваннях міокарду, а також тахи- і брадиаритміях;

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ І ПАТОГЕНЕЗ

- при раптовому виникненні перевантаження міокарду внаслідок швидкого значного підвищення опору на шляхах відтоку (у аорті - гіпертонічний криз у хворих із скомпроментованим міокардом; у легеневій артерії - тромбоемболія гілок легеневої артерії, затяжний напад бронхіальної астми з розвитком гострої емфіземи легенів і ін.) або внаслідок навантаження об'ємом (збільшення маси циркулюючої крові наприклад, при масивних інфузіях рідини - варіант гіперкінетичного типа гемодинаміки);

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ І ПАТОГЕНЕЗ

- при гострих порушеннях внутрішньосерцевої гемодинаміки унаслідок розриву міжшлуночкової перегородки або розвитку аортальної, мітральної або трикуспідальної недостатності (перегородчастий інфаркт, інфаркт або відрив сосочкового м'яза, перфорація стулок клапанів при бактерійному ендокардиті, розрив хорд, травма);
- при підвищенні навантаження (фізичне або психоемоційне навантаження, збільшення припливу в горизонтальному положенні і ін.) на декомпенсований міокард у хворих з хронічною застійною серцевою недостатністю.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Залежно від типу гемодинаміки, від того, який шлуночок серця уражений, а також від деяких особливостей патогенезу розрізняють наступні клінічні варіанти ОСН.

1. Із застійним типом гемодинаміки:

- правошлуночкову (венозний застій у великому колі кровообігу);
- лівошлуночкову (серцева астма, набряк легенів)

2. З гіпокінетичним типом гемодинаміки (синдром малого викиду — кардіогенний шок):

- аритмічний шок;
- рефлекторний шок;
- дійсний шок.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ

Будь-який з варіантів ОСН є небезпечним для життя станом. Гостра застійна правошлуночкова недостатність, що не супроводиться синдромом малого викиду, сама по собі не так небезпечна, як захворювання, що приводять до правошлуночкової недостатності.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Гостра застійна правошлуночкова недостатність виявляється венозним застоєм у великому крузі кровообігу з підвищенням системного венозного тиску, набряканням вен (понад усе це помітно на шиї), збільшенням печінки, тахікардією. Можлива поява набряків в нижніх відділах тіла (при тривалому горизонтальному положенні — на спині або боці).

Клінічно від хронічної правошлуночнової недостатності вона відрізняється інтенсивними болями в області печінки, що посилюються при пальпації.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Визначаються ознаки дилатації і перевантаження правого серця (розширення кордонів серця вправо, шум систоли над мечовидним відростком і протодіастолічний ритм галопу, акцент II тону на легеневій артерії і відповідні зміни ЕКГ).

Зменшення тиску наповнення лівого шлуночку внаслідок правошлуночкової недостатності може привести до падіння хвилинного об'єму лівого шлуночку і розвитку артеріальної гіпотензії, аж до картини кардіогенного шоку.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

При тампонаді перикарду і констриктивному перикардиті картина застою по великому колу не пов'язана з недостатністю скоротливої функції міокарду, і лікування направлене на відновлення наповнення діастолі серця.

Бівентрікулярна недостатність — варіант, коли застійна правошлуночкова недостатність поєднується з лівошлуночковою, не розглядається в даному розділі, оскільки лікування цього стану мало чим відрізняється від лікування важкої гострої лівошлуночкової недостатності.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Гостра застійна лівошлуночкова недостатність клінічно маніфестує нападаподібною задишкою, болісною задухою і ортопноєю, що виникають частіше вночі; інколи — диханням Чейна — Стоксу, кашлем (спочатку сухим, а потім з відділенням мокроти, що не приносить полегшення), пізніше — пінявою мокротою, незрідка забарвленою в рожевий колір, блідістю, акроціанозом, гіпергідрозом і супроводиться збудженням, страхом смерті.

При гострому застої вологі хрипи спочатку можуть не вислуховуватися або визначається мізерна кількість мілкопузирчатих хрипів над нижніми відділами легенів; набрякання слизової оболонки дрібних бронхів може виявлятися помірною картиною бронхообструкції з подовженням видиху, сухими хрипами і ознаками емфіземи легенів.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Диференціально-діагностичною ознакою, що дозволяє розмежувати цей стан з бронхіальною астмою, може служити дисоціація між важкістю стану хворого і (за відсутності вираженого експіраторного характеру задишки, а також «німих зон») мізерністю аускультативної картини.

Дзвінки різнокаліберні вологі хрипи над всіма легенями, які можуть вислуховуватися на відстані (дихання, що клекоче), характерні для розгорнутої картини альвеолярного набряку.

Можливі гостре розширення серця вліво, поява шуму систоли на верхівці серця, протодиастолічного ритму галопу, а також акценту II тону на легеневій артерії і інших ознак навантаження на праве серце аж до картини правошлуночкової недостатності.

Артеріальний тиск може бути нормальним, підвищеним або зниженим, характерна тахікардія.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Кардіогенний шок — клінічний синдром, що характеризується артеріальною гіпотензією і ознаками різкого погіршення мікроциркуляції і перфузії тканин, у тому числі кровопостачання мозку і нирок (загальмованість або збудження, падіння діурезу, холодна шкіра, покрита липким потім, блідість, мармуровий малюнок шкіри); синусова тахікардія носить компенсаторний характер.

Падіння серцевого викиду з клінічною картиною кардіогенного шоку може спостерігатися при ряду патологічних станів, не пов'язаних з недостатністю скоротливої функції міокарду, — при гострій обтурації атріовентрикулярного отвору міксомою передсердя або кулевидним тромбом/тромбом кулькового протеза, при тампонаді перикарду, при масивній тромбоемболії легеневої артерії.

КЛІНІЧНА КАРТИНА

Ці стани незрідка поєднуються з клінічною картиною гострої правошлуночкової недостатності. Тампонада перикарду і обтурація атріовентрикулярного отвору вимагають негайного хірургічного посібника; медикаментозна терапія в цих випадках може лише погіршити ситуацію.

Крім того, картину шоку при інфаркті міокарду інколи імітує аневризма аорти, що розшаровує, в цьому випадку необхідна диференціальна діагностика, оскільки даний стан вимагає принципово іншого терапевтичного підходу.

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ

- **аритмічний шок** розвивається як результат падіння хвилинного об'єму кровообігу внаслідок тахікардії тахіаритмії або брадикардії брадиаритмії; після купірування порушення ритму досить швидко відновлюється адекватна гемодинаміка;
- **рефлекторний шок** (больовий колапс) розвивається як реакція на біль і що виникає внаслідок рефлекторного підвищення тону вагуса синусову брадикардію і характеризується швидкою відповіддю на терапію, в першу чергу знеболюючу; спостерігається при відносно невеликих розмірах інфаркту (часто — задньої стінки), при цьому ознаки застійної серцевої недостатності і погіршення тканинної перфузії відсутні; пульсовий тиск зазвичай перевищує критичний рівень;
- **дійсний кардіогенний шок** розвивається при об'ємі поразки, що перевищує 40-50% маси міокарду (частіше при передньо-бічних і повторних інфарктах, в осіб старше 60 років, на тлі артеріальної гіпертензії і цукрового діабету), характеризується розгорнутою картиною шоку, стійкою до терапії, що незрідка поєднується із застійною лівошлуночковою недостатністю; залежно від вибраних критеріїв діагностики рівень летальності коливається в межах 80-100%.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Однією з найбільш постійних ознак гострої серцевої недостатності служить синусова тахікардія (за відсутності слабкості синусового вузла, повної AV-блокади або рефлекторної синусової брадикардії); характерні розширення кордонів серця вліво або вправо і поява третього тону на верхівці або над мечовидним відростком.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

При гострій застійній правошлуночковій недостатності діагностичне значення мають:

- набрякання шийних вен і печінки;
- симптом Куссмауля (набрякання яремних вен на вдиху);
- інтенсивні болі в правому підребер'ї;
- Екг-ознаки гострого перевантаження правого шлуночку (тип SI-QIII, зростання зубця R у відведеннях V1,2 і формування глибокого зубця S у відведеннях V4-6, депресія STI, II, а VL і підйом STIII, а VF, а також у відведеннях V1, 2; можливе формування блокади правої ніжки пучка Гиса, негативних зубців T у відведеннях III, aVF, V1-4) і ознаки перевантаження правого передсердя (високі загострені зубці PII, III).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Гостра застійна лівошлуночкова недостатність

виявляється на підставі наступних ознак:

- задишка різної міри вираженості, аж до задухи;
- нападоподібний кашель, сухий або з пінявою мокротою, виділення піни з рота і носа;
- положення ортопноє;
- наявність вологих хрипів, що вислуховуються над площею від задньо-нижніх відділів по всій поверхні грудної клітки; локальні мілкопузирчасті хрипи характерні для серцевої астми, при розгорнутому набряку легенів вислуховуються крупнопузирчасті хрипи над всією поверхнею легенів і на відстані (дихання, що клекоче).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Кардіогенний шок на догоспітальному етапі діагностується на підставі:

- падіння артеріального тиску систоли менше 90-80 мм рт. ст. (або на 30 мм рт. ст. нижче за "робочий" рівень в осіб з артеріальною гіпертензією);
- зменшення пульсового тиску - менше 25-20 мм рт. ст.;
- ознак порушення мікроциркуляції і перфузії тканин - падіння діурезу менше 20 мл/ч, холодна шкіра, покрита липким потом, блідість, мармуровий малюнок шкіри, у ряді випадків - периферичні вени, що спалися.

**ДЯКУЮ
ЗА УВАГУ**