**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №32

на тему: **Лечение и профилактика инфаркта миокарда.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель: Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия:** «**Лечение и профилактика инфаркта миокарда**». (50мин)

**План занятия:**

* Тактика ведения, лечение
* Тактика ведения больных при развитии инфаркта миокарда
* Ведение больных после выписки из стационара
* Прогноз ИМ.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в

конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность

работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Выберите принципы лечения ИМ.
2. Назовите группы препаратов, используемых при ИМ.
3. Перечислите принципы оказания неотложной помощи при неосложнённом инфаркте миокарда.
4. Окажите неотложную помощь при ИМ.
5. Определите меры профилактики ИМ.
6. Дайте прогноз болезни.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать проявления ИМ. Научиться составлять план обследования больных с ИМ и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных с ИМ и оказывать неотложную помощь при жизнеугрожающих состояниях.

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Патофизиология  - Латинский язык | * Сердечно-сосудистая система. * Терминология. * Кардиоспецифические ферменты в норме и патологии |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин  - ЭКГ  - УЗД  - Лабораторная диагностика | * Методы обследования пациентов с ИМ. * Электрокардиография. * Дополнительные методы обследования пациентов с ИМ. * Кардиоспецифические ферменты |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология | * Препараты группы нитроглицерина. * Сосудорасширяющие средства. * Антиагреганты и антикоагулянты. * Гипотензивные препараты. * Витамины |

**Внутридисциплинарные связи:**

1. КБС. Стенокардия.

2. Гипертоническая болезнь.

3. Аритмии.

**Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения**  **(ООП)** | **Результат обучения**  **(дисциплины)** | **Результаты обучения**  **(темы)** |
| **1.** | ПК13- способен выявлять у пациентов основные симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопуствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных синдромов, угрожающих | **РОооп-5**-Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.  **РОооп-8:** Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагноза, выполнения лечебных мероприятий наиболее часто встречающихся заболеваний и оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд-1:** способен и готов анализировать причины и механизмы развития заболевания, клиническую картину, классификацию и диагностические мероприятия; способен к оформлению медицинских документов.  **РОд-2:** способен и готов использовать современные подходы в диагностике и лечении заболеваний, оказанию неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях. | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину ИМ.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ИМ с учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - выявить у больного, симптомы ИМ;  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза ИМ и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ИМ;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза ИМ у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |
| **2.** | **ПК-16**: Способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соотвествие с диагнозом  **ПК 17** - способен осуществлять детям и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, направить на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке; |

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

1. Методически правильно провести обследование больного с ИМ.
2. Выявить у пациента клинические признаки ИМ
3. Составить план обследования для пациента с ИМ
4. Дать оценку лабораторным показателям.
5. Сформулировать диагноз, используя современную классификацию ИМ.
6. Сформулировать основные принципы и составить план лечения больного с ИМ.
7. Оценить эффективность и длительность терапии.

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

1. Определение заболевания.

2. Вопросы терминологии и классификации ИМ.

3. Этиологические факторы.

4. Патогенез заболевания.

5. Клинические проявления ИМ.

6. Современные возможности диагностики заболевания. Электрокардиографическое исследование. Биохимический анализ ( кардиоспецифические ферменты).

7. Современные методы терапии больных ИМ.

8. Показания к госпитализации.

9. Меры профилактики ИМ.

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия. | Записывают тему и его вопросы, отмечают для себя некоторые важные моменты темы. | Методом проверки конспектов по данной теме. | Обращение внимания студентов к занятию, умение выявлять симптомы ОРЛ. Студент может диагностировать ОРЛ и назначать лечение. | Доска с проектором, слайд, плакаты, конспекты. | 2мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы. | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыки, умение их использовать на практических занятиях. | Объяснение новой темы с показом практических навык, касающихся данной темы. Акцентированние на важных аспектах темы. | Приложение максимальных усилий для усвоения темы, усидчивость и внимательность студента. | Презентации слайдов, устный рассказ, демонстрация на натурщике практических навыков по выявлению симптомов заболевания. | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на занятиях в дальнейшем и способность к диагностике и лечению заболевания. | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и раздача ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач и тестовый контроль. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции. | Перечень ситуационных задач и тестовые вопросы (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель задает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

2. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

3. «Внутренние болезни по Дэвидсону».

4. Лекционный материал.

**Дополнительная литература:**

1. «Внутренние болезни» Макаревич А.Э.
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
3. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тема: Инфаркт миокарда.**

**Ситуационная задача №1**

Пациент 62 лет обратился в стоматологический кабинет с жалобами на сильную боль в нижней челюсти. Десять лет страдает гипертонической бо­лезнью. Последние два года периодически стал отмечать боль в нижней че­люсти, которая возникала при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. После небольшого отдыха боль проходила. За месяц до обращения к стоматологу боль стала интенсивнее и продолжительнее (длилась 30 минут), появлялась даже в покое, во время сна, сопровождалась страхом смерти.

Осмотревший пациента стоматолог увидел разрушенную коронку лево­го третьего моляра, диагностировал пульпит и удалил зуб. Сразу же после этого развился особенно интенсивный приступ боли в нижней челюсти, со­провождавшийся удушьем, головокружением, холодным потом.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные и влажные. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Число дыханий 26 в 1 минуту. В нижних отде­лах легких выслушиваются влажные хрипы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. О чем могут свидетельствовать влажные хрипы в легких?
3. Какова Ваша тактика?
4. Каковы причины диагностической ошибки врача стоматолога?

**Ситуационная задача №2**

Пациент 39 лет на приеме у стоматолога жаловался на боль в обеих че­люстях, общую слабость. Страдал гипертонической болезнью, много курит. В течение полугода отмечает приступы жгучей боли в челюстях при быст­рой ходьбе и физической нагрузке. Изредка боль распространялась на пе­реднюю поверхность шеи, верхнюю треть грудины. После 5-10 минут отды­ха боль проходила. Ранее обращался в поликлинику и две недели безус­пешно лечился по поводу обострения хронического периодонтита.

Стоматологом было произведено удаление зуба. Спустя несколько ми­нут развился тяжелейший приступ боли в челюстях и за грудиной, сопрово­ждавшийся тошнотой и холодным потом.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичен. АД 100/50 мм рт.ст. 1 тон ос­лаблен. В остальном - без особенностей.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назначьте экстренную терапию.
3. Каковы причины диагностической ошибки?

**Ситуационная задача №3**

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Наметить план лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общий анализ крови:эр.-4,5х1012, лейк-10,5х109, э-0, п-6, сегм-65, л-22, м-7,СОЭ -10 мм/час.

Cвертываемость крови -3мин.ПТИ-100 %.СРБ+, КФК-2,4 ммоль/гл,АСТ-26 Е/л, АЛТ-18 Е/л.

**Ситуационная задача№4**

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - 4,3х1012,лейк.-9,2 х109, п.-4, сегм.-66, л.-23, м.-7, СОЭ -10 мм/ час.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Наметьте план дообследования.

4. Назначьте лечение.

Результаты дополнительного обследования:

Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.

Свертываемость крови - 3 мин. ПТИ - 100 %.

Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейк. - 6,0х109, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.

Краткое содержание темы:

**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 воз-никновение инфаркта миокарда:  
- постельный режим (до тех пор, пока есть признаки нарастания коронарной недостаточ-ности);  
- 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; дропери-дол 2,О мл О,25% 2 мл на 4О мл 5% р-ра глюкозы; таламонал (содержит в 1 мл О,О5 мг фен-танила и 2,5 мг дроперидола) 2-4 мл в/в струйно. Аналгетический эффект наступает немед-ленно после в/в введения (у 6О% больных) и сохраняется 3О мин.  
Фентанил, в отличие от опиатов, очень редко угнетает дыхательный центр. После нейро-лептанальгезии сознание быстро восстанавливается. Не нарушается кишечная перистальтика и мочеотделение. Нельзя сочетать с опиатами и барбирутатами, т.к. возможно потенцирова-ние пробочных эффектов  
При неполном эффекте повторно вводят через 6О мин. морфин 1% 1,5 п/к или в/в струй-но; 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 относи-тельной 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 со-ветской медицины.  
  
Этап проведения  
Техника выполнения  
а) Премедикация  
  
  
  
б) Денитрогенизация  
  
в) Период аналгезии  
  
  
г) 2-й период аналгезии  
  
  
д) Выведение из нарко-за Введение пипольфена, атропина, морфина, дропе-ридола (в том числе и на догоспитальном этапе).  
Вентиляция легких чис-тым кислородом в течение 3-5 мин.  
Ингаляция закисью азо-та и кислородом в соотно-шении 2,5:1 в течение 1О мин.  
Ингаляция закисью азо-та и кислородом в соот-ношении 1:1 до 5 часов.  
Вентиляция легких чистым кислородом в тече-ние 1О 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 (потенциро-вание 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 сопро-вождается брадикардией - ввести холинолитик: атропина сульфат О,1% - 1,О (при тахикар-дии не вводить!).  
Возникновение инфаркта часто связано с тромбозом коронарных артерий, поэтому необ-ходимо введение антикоагулянтов, которые особенно эффективны в первые минуты и часы заболевания. Они также ограничивают зону инфаркта + обезболивающий эффект.  
Дополнительно: гепарин 1О-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).  
**Профилактика и лечение аритмий**  
а) Поляризующая смесь (состав см. выше), входящие в нее ингридиенты способствуют проникновению калия внутрь клеток.  
б) Лидокаин - препарат выбора, более эффективен при желудочковых аритмиях. 5О-75 мг струйно.  
в) Новокаинамид 1ОО мг в/в струйно, через 5 мин., до достижения эффекта, далее ка-пельно (1О% р-р 5 мл).  
г) Обзидан до 5 мг в/в медленно (О,1% р-р 1 мл).  
д) Хинидин по О,2-О,5 через 6 час. внутрь.  
Применяют также нитраты пролонгированного действия - вследствие коронарооасши-ряющего действия они улучшают коллатеральное кровообращение и тем самым ограничива-ют зону инфаркта. Препараты: Нитросорбит таб. О.О1; Эринит таб. О,О1; Сустак митте 2,6 мг и сустак форте 6,4 мг.  
**III Острый период инфаркта миокарда.**  
Цель лечения в острый период - предупреждение осложнений. При неосложненном ин-фаркте миокарда со 2-3 дня начинают ЛФК. Отменяют фибринолизин (на 1-2 день), но гепа-рин оставляют до 5-7 дней под контролем времени свертывания. За 2-3 дня до отмены гепа-рина назначают антикоагулянты непрямого действия; при этом обязателен контроль про-тромбина 2 раза в неделю, рекомендуется снижать протромбин до 5О%. Исследуется моча на эритроциты (микрогематурия). Фенилин (список А) О,О3 по 3 раза в день, отличается от других препаратов быстрым эффектом: 8 часов. Неодикумарин таб.О,О5 в 1 день по 4 т. 3 раза, на 2-й день 3 т. 3 раза и далее по О,1-О,2 в сутки индивидуально. Фепромарон таб. О,ОО5 (О,ОО1) Синкумар таб. О,ОО4 (О,ОО2) Нитрофарин таб. О,ОО5 Омефин таб. О,О5 Дикумарин таб. О,О1.  
**Показания к назначению антикоагулянтов непрямого действия:**  
1) Аритмии.  
2) Трансмуральный инфаркт (почти всегда есть коронаротромбоз).  
3) У тучных больных.  
4) На фоне сердечной недостаточности.  
Противопоказания к назначению антикоагулянтов непрямого действия:  
1) Геморрагические осложнения, диатезы, склонность к кровотечениям.  
2) Заболевания печени (гепатит, цирроз).  
3) Почечная недостаточность, гематурия.  
4) Язвенная болезнь.  
5) Перикардит и острая аневризма сердца.  
6) Высокая артериальная гипертензия.  
7) Подострый септический эндокардит.  
8) Авитаминозы А и С.  
Цель назначения непрямых антикоагулянтов - предупреждение повторного гиперкоагу-ляционного синдрома после отмены прямых антикоагулянтов и фибринолитических средств, создание гипокоагуляции с целью профилактики повторных инфарктов миокарда или реци-дивов, предупреждение тромбоэмболических осложнений.  
В остром периоде инфаркта миокарда наблюдаются два пика нарушения ритма - в нача-ле и конце этого периода. Для профилактики и лечения дают антиаритмические средства: поляризующую смесь и другие препараты (см.выше). По показаниям назначают преднизо-лон. Применяют также анаболические средства: Ретаболил 5% 1,О в/м - улучшает ресинтез макроэргов и синтез белков, благоприятно влияет на метаболизм миокарда. Нераболил 1% 1,О Нерабол таб. О,ОО1 (О,ОО5).  
С 3-го дня заболевания начинают довольно быстро расширять режим. К концу 1 недели больной должен садиться, через 2 недели ходить. Обычно через 4-6 недель больного перево-дят в отделение реабилитации. Еще через месяц - в специализированный кардиологический санаторий. Далее больные переводятся под амбулаторное наблюдение и лечение у кардиоло-га.  
Диета. В первые дни заболевания питание резко ограничивают, дают малокалорийную, легко усвояемую пищу. Не рекомендуются молоко, капуста, другие овощи и фрукты, вызы-вающие метеоризм. Начиная с 3 дня заболевания необходимо активно опорожнять кишеч-ник, рекомендуются масляное слабительное или очистительные клизмы, чернослив, кефир, свекла. Солевые слабительные нельзя - из-за опасности коллапса.  
  
**IV период реабилитации.**  
Реабилитации различают:  
а) Физическая - восстановление до максимально возможного уровня функции сердечно-сосудистой системы. Необходимо добиваться адекватной реакции на физическую нагрузку, что достигается в среднем через 2-6 недель физических тренировок, которые развивают кол-латеральное кровообращение.  
б) Психологическая - у больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развивается страх перед повторным инфарктом. При этом может быть оправдано применение психо-тропных средств.  
в) Социальная реабилитация - больной после перенесенного инфаркта миокарда считает-ся нетрудоспособным 4 месяца, затем его направляют на ВТЭК. 5О% больных к этому вре-мени возвращается к работе, то есть трудоспособность практически полностью восстанавли-вается. Если возникают осложнения, то временно устанавливается группа инвалидности, обычно II, на 6-12 месяцев.  
**Лечение осложненного инфаркта миокарда**  
**I. Кардиогенный шок.**  
а) Рефлекторный (связан с болевым синдромом).  
Необходимо повторное введение анальгетиков: Морфин 1% 1,5 мл п/к или в/в струйно. Анальгин 5О% 2 мл в/м, в/в. Таломонал 2-4 мл в/в струйно.  
Сосудотонизирующие средства: Кордиамин 1-4 мл в/в (фл. по 1О мл); Мезатон 1% 1,О п/к, в/в, на физ.растворе; Норадреналин О,2% 1,О в/в; Ангиотензинамид 1 мг в/в капельно.  
б) Истинный кардиогенный шок.  
Повышение сократительной деятельности миокарда: Строфантин О,О5% О,5-О,75 в/в медленно на 2О,О изотонического раствора. Корглюкон О,О6% 1,О в/в, также на изотониче-ском растворе или на поляризующей смеси. Глюкагон 2-4 мг в/в капельно на поляризующем растворе. Имеет значительное преимущество перед глюкозидами: обладая, как и гликозиды, положительным инотропным действием, в отличие от них не оказывает аритмогенного дей-ствия. Может быть использован при передозировке сердечных гликозидов. Обязательно вво-дить на поляризующей смеси или вместе с другими препаратами калия, так как он вызывает гипокалиемию.  
Нормализация АД: Норадреналин О,2% 2-4 мл на 1 л 5% р-ра глюкозы или изотониче-ского раствора. АД поддерживается на уровне 1ОО мм рт.ст. Мезатон 1% 1,О в/в; кордиа-мин 2-4 мл; Гипертензинамид 2,5-5 мг на 25О мл 5% глюкозы в/в капельно, под обязатель-ным контролем АД, так как обладает резко выраженным прессорным действием.  
При нестойком эффекте от вышеуказанных препаратов: Гидрокортизон 2ОО мг, Пред-низолон 1ОО мг. Вводить на физиологическом растворе.  
Нормализация реологических свойств крови (так как обязательно образуются микросо-судистые тромбы, нарушается микроциркуляция). Применяют в общепринятых дозах: гепа-рин; фибринолизин; низкомолекулярные декстраны.  
  
Устранение гиповолемии, так как происходит пропотевание жидкой части крови: реопо-лиглюкин, полиглюкин - в объеме до  
1ОО мл со скоростью 5О,О в мин.  
Коррекция кислотно-щелочного равновесия (борьба с ацидозом): натрия бикарбонат 5% до 2ОО,О; натрия лактат.  
Повторное введение обезболивающих средств. Восстановление нарушений ритма и про-водимости.  
Также иногда используют аортальную контрапульсацию - один из видов вспомогатель-ного кровообращения, операцию иссечения зоны некроза в остром периоде, гипербариче-скую оксигенацию.  
**II. Атония желудка и кишечника.** Связаны с введением больших доз атропина, нарко-тических анальгетиков и с нарушением микроциркуляции. Для ликвидации необходимы: промывание желудка через тонкий зонд с использованием раствора соды; постановка газоот-водной трубки; введение в/в гипертонического раствора NaCl 1О% 1О,О; паранефральная новокаиновая блокада. Эффективен прозерин О,О5% 1,О п/к.  
**III. Постинфарктный синдром.** Это - осложнение аутоиммунной природы, по-этому дифференциально-диагностическим и лечебным средством является назначение глю-кокортикоидов, которые дают при этом отличный эффект. Преднизолон 3О мг (6 таб.), ле-чить до исчезновения проявлений заболевания, затем дозу очень медленно снижать в течение 6 недель - поддерживающая терапия по 1 таб. в день. При такой схеме лечения рецидивов не бывает. Также десенсибилизирующая терапия.