

на основании их анализа можно ретроспективно судить о правильности проведенного лечения. Следует также отметить, что специальные исследования (за исключением регистрации ЭКГ) обычно выполняются уже после поступления больного в стационар и по сути не могут рассматриваться как методы экстренной диагностики. Поэтому глубокое знание электрокардиографии является необходимым для врача, оказывающего неотложную помощь.

И, наконец, в неотложной кардиологии фактически нет так называемых «трудных диагнозов», поскольку врач в ургентной ситуации всегда может поставить «синдромный диагноз», основываясь порой лишь на наличии у больного нескольких основных симптомов, и начать лечебные мероприятия в соответствии с современными рекомендациями и стандартами по оказанию экстренной помощи. И нередко только в последующем, по мере наблюдения за больным и накопления данных дополнительного обследования, формируется клинический диагноз и проводится коррекция терапии. Разумеется, нередко бывает и так, что заболевание плохо поддается даже безупречно проводимому лечению, да и сам процесс оказания помощи является достаточно трудоемким и не всегда успешным, а дополнительные сведения, позволяющие поставить окончательный клинический диагноз, накапливаются слишком «медленно», однако правильно назначить и выполнить все положенные лечебные мероприятия в соответствии с имеющимся синдромом в большинстве таких неотложных ситуаций вполне возможно и необходимо.

Основными клиническими синдромами (симптомами), которые заставляют больного или его родных и близких срочно обратиться к врачу, являются:

- ◆ сердечно-болевой синдром;
- ◆ сердцебиение и ощущение перебоев в области сердца;
- ◆ одышка;
- ◆ кратковременная потеря сознания (синкопе);
- ◆ слабость и повышенная утомляемость.

Все перечисленные синдромы неспецифичны, они могут встречаться при различных заболеваниях, и их клинические проявления не следует рассматривать как исключительный признак сердечной патологии. Однако их возникновение должно

повлечь за собой интенсивные лечебные мероприятия и обследование больного в плане выявления истинной причины их возникновения, в том числе и кардиальной. При этом следует иметь в виду, что в ряде случаев тяжелая кардиальная патология может не иметь выраженных субъективных проявлений, и нередко первыми признаками болезни могут быть выраженные слабость и утомляемость или внезапная сердечная смерть. Поэтому любые проявления указанных выше клинических синдромов не должны остаться без внимания врача.

1.1. Внезапная коронарная (сердечная) смерть

Внезапной сердечной смертью принято считать случаи смерти в пределах 1 часа после возникновения первых симптомов у больного, находившегося до этого в стабильном состоянии, или у внешне здорового человека. При этом остановка сердца обычно связана с фибрилляцией желудочков. Значительно реже непосредственной причиной внезапной смерти являются асистолия или электромеханическая диссоциация. Примерно у 80% умерших при явлениях внезапной смерти выявляется ИБС, а 20% приходится на другую патологию (миокардит, кардиомиопатия, тромбоэмболия легочной артерии, синдром WPW, синдром удлинения интервала QT на ЭКГ). Важно отметить, что своевременно начатые и правильно проводимые реанимационные мероприятия при ВСС могут спасти жизнь больному.

1.2. Боль и неприятные ощущения в области сердца (сердечно-болевой синдром)

Внезапно возникшие боль или неприятные ощущения в области сердца являются самой частой причиной вызова врача скорой медицинской помощи. Они могут наблюдаться более чем при 45 различных заболеваниях (Поздняков Ю.М., Волков В.С., 2006) и всегда являются основанием для проведения дифференциальной диагностики с целью установить истинную

причину возникновения сердечно-болевого синдрома. Наиболее серьезной кардиальной патологией, сопровождающейся сердечно-болевым синдромом и требующей экстренных лечебных мероприятий, являются:

- ◆ стенокардия;
- ◆ нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда;
- ◆ расслаивающая аневризма аорты;
- ◆ тромбоэмболия легочной артерии;
- ◆ перикардит.

Наиболее частой причиной возникновения острого болевого синдрома является *стенокардия напряжения*. Классическая ангинозная боль возникает обычно при физической нагрузке, локализуется за грудиной и иногда в предсердечной области, имеет давящий сжимающий характер, сопровождается появлением одышки и исчезает в течение 1,5–3, реже 5 мин при прекращении нагрузки или через 1,5–2 мин после принятия таблетки нитроглицерина или нитроспрея под язык. Эта боль обусловлена непосредственным резким спазмом пораженной атеросклерозом коронарной артерии и следующей за этим ишемией миокарда. Возникновение болей в области сердца в покое и особенно отсутствие быстрого и отчетливого эффекта от нитроглицерина имеют очень большое диагностическое значение, обычно свидетельствуя против ишемического генеза сердечно-болевого синдрома.

Следует иметь в виду, что боли в области сердца в покое могут возникать при так называемой *спонтанной стенокардии*, однако эффект от нитроглицерина и в этом случае достигается очень быстро. Считается, что указанный вариант стенокардии связан с неспровоцированным спазмом крупной интактной в отношении атеросклероза коронарной артерии. Типичная спонтанная стенокардия наблюдается относительно редко (примерно в 5% среди всех случаев стенокардии).

Более интенсивные и длительные боли в области сердца и за грудиной характерны для *нестабильной стенокардии* и особенно для *инфаркта миокарда*. При этом сердечно-болевой синдром обычно сопровождается появлением одышки, страха и холодного пота. Боль возникает спонтанно и длится до 10–20 мин при нестабильной стенокардии и от 20 мин до нескольких часов при ИМ. Нитроглицерин, как правило, не устраняет боль при

ИМ и может давать некоторое облегчение при нестабильной стенокардии. Дифференциальная диагностика нестабильной стенокардии и ИМ достаточно сложна и требует проведения дополнительных экстренных лабораторных и инструментальных методов исследования. Поэтому до установления точного диагноза в этих случаях используется термин «острый коронарный синдром».

При *расслаивающей аневризме аорты* боль в груди, как правило, очень сильная, быстро достигает максимальной интенсивности и обычно иррадирует в спину.

При *тромбоэмболии легочной артерии* (особенно при массивной) боль в груди обычно очень напоминает таковую при ИМ, но, как правило, сопровождается возникновением выраженной одышки, которая может доминировать в клинической картине заболевания. Характерна динамика развития ТЭЛА легочной артерии: возникновение инфаркта легкого с появлением через 3–4 дня «плевральных» болей, усиливающихся при глубоком дыхании и кашле. Отсутствие на ЭКГ классических признаков ИМ, наличие факторов, способствующих повышенному тромбообразованию, и особенно выявление тромбофлебитов и флеботромбозов позволяют поставить правильный диагноз.

Для *перикардита* типично усиление болей в области сердца при глубоком дыхании, кашле, глотании и в положении лежа на спине. Боль часто иррадирует в надлопатные области, уменьшается при наклоне туловища вперед и в положении лежа на животе. Весьма характерны физикальные данные: глухость сердечных тонов, увеличение границ относительной и абсолютной сердечной тупости, парадоксальный пульс.

Среди *экстракардиальных заболеваний*, при которых в грудной клетке могут появиться боли, весьма напоминающие «сердечные», следует, прежде всего, отметить болезни легких и плевры, желудочно-кишечного тракта, а также патологию позвоночника, мышц и периферических нервов, иннервирующих шейно-грудную область.

При *заболеваниях легких и плевры* боли обычно односторонние, отчетливо усиливающиеся при дыхании и кашле, сопровождаются повышением температуры тела и отделением мокроты. Патология *пищевода и желудка*, приводящая к появлению болей в грудной клетке, практически всегда сопровождается