**Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

[**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО**](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=330)

**Реферат на тему:**

**«Брадикардии»**

**Выполнила:**

**ординатор 1 года специальности СМП**

**Дунай Кира Андреевна**

**Красноярск**

**2022 г.**

**Оглавление**

Введение………………………………...………………………………………..3

Синусовая брадикардия………...............................…………………..…………4

Синоатриальные блокады…………………………….…….……………………6

Атриовентрикулярные блокады………………….….…….…………………….8

Список литературы……………………………………………………………...12

**Введение**

Брадикардии и ли брадиаритмии не являются самостоятельными

нозологическими формами. Это патологические процессы,

характеризующиеся нарушением выработки электрических импульсов в

сердце или нарушением проведения этих импульсов по проводящей системе

и миокарду. Брадикардии являются проявлением или осложнением

заболеваний как сердечно-сосудистых, так и патологии других органов и

систем.

Классификация.

Согласно МКБ-10 выделяют следующие виды брадикардий:

1. Синусовая брадикардия.

2. Сино-атриальные блокады.

3. Артиовентрикулярные блокады.

4. Остановка синусового узла.

*Брадикардия и брадиаритмия* – это клиническое понятие,

харктеризующееся урежением частоты сердечных сокращений или аритмией,

сопровождающейся замедлением ритма сердца менее 60 ударов в минуту.

**СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ**

**Причины.** Повышение тонуса блуждающего нерва (спортсмены,

тяжелая физическая работа), экстракардиальные причины (повышение

внутричерепного давления, отек мозга, менингит), гипотиреоз, болезни ЖКТ

(язвенная болезнь, ЖКБ, острый холецистит), токсические и

медикаментозные воздействия (наперстянка В-блокаторы), кардиальные

причины (ИБС, инфаркт миокарда, миокардит, миокардиопатии).

**Диагностика.** На ЭКГ все признаки синусового ритма, но ЧСС меньше

60 в минуту. Возможно увеличесние интервала PQ до 0.21 мс.

**Диагноз.** Синусовую брадикардию следует отличать от Са блокады или

АВ блокады. Синусовая брадикардия редко достигает 40 импульсов в

минуту.

**Клиника.** У пациента часто могут отсутствовать какие-либо жалобы.

Синусовая брадикардия иногда выявляется случайно. При наличии

патологических симптомов (внезапная слабость, головокружение, обморок),

больной как правило, нуждается в экстренной медицинской помощи.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА

ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ

1. Осмотр и физикальное обследование. Оценка общего состояния

больного.

2. Анамнез для выяснения возможной причины брадикардии.

3. Регистрация пульса, АД, ЭКГ.

При отсутствии жизнеопасных симптомов и ишемических изменений

на ЭКГ показана экстренная госпитализация в стационар для обследования и

лечения.

При наличии жизнеопасных симптомов необходимо:

1. Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию

кислорода, в/в доступ.

2. Начать в/в переливание жидкости (поляризующий раствор,

физиологический раствор хлорида натрия). В/в ввести р-р атропина 0,1% -

0,5 мл.

3. Осуществить экстренную доставку пациента в стационар и

госпитализации в ОРИТ стационара.

**СИНОАТРИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ**

**Определение**. Синоатриальные блокады (СА) блокады – это процесс

задержки формирования импульсов в синусовом узле, как следствие

снижения его автоматизма.

**Причины**: ИБС, гиповолемия, интоксикация препаратами наперстянки,

инфаркт миокарда миокарда предсердий, миокардит, склеродегенеративные

поражения синусового узла идиопатические или при других заболеваниях.

**Диагностика.** СА блокады можно диагностировать только по ЭКГ

картине, причем, как правило, только СА блокаду 2 степени. На ЭКГ –

выпадение одного или нескольких синусовых циклов, Возникающие паузы

по продолжительности обычно кратные основным интервалам РР. При

далеко зашедших СА блокадах 2 степени могут выпадать 3 и более

синусовых циклов, соответственно удлиняется пауза между комплексами

QRS .

**Клиника**. Симптомы, характерные для брадикардий, могут появляться у

больного лишь при выпадении нескольких синусовых циклов,

сопровождающихся длительными паузами в сердечных сокращениях.

Симптомы общие для брадикардий - внезапная слабость, головокружение,

обморок. При наличии клинических симптомов больной нуждается в

экстренной медицинской помощи.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА

ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СИНОАТРИАЛЬНЫХ БЛОКАДАХ

1. Осмотр, физикальное обследование больного. Оценка общего

состояния, наличие жизнеопасных симптомов.

2. Анамнез больного, попытаться определить наиболее вероятную

причину брадикардии.

3. Регистрации АД, пульса, ЭКГ.

4. Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию

кислорода, в/в доступ.

5. В/в или в/м введение атропина сульфата 0,1% - 0,5 мл (А,1++).

Мониторирование ЭКГ.

6. Экстренная доставка пациента в стационар.

При наличии жизнеопасных симптомов:

1. Осмотр, физикальное обследование больного. Оценка общего

состояния, наличие жизнеопасных симптомов.

2. Анамнез больного, попытаться определить наиболее вероятную

причину брадикардии.

3. Регистрации АД, пульса, ЭКГ.

4. Начать инфузию жидкости (поляризующий раствор,

физиологический р-р хлорида натрия), в/в введение атропина сульфата 0,1% -

0,5 мл, мониторирование ЭКГ и сердечной деятельности.

5. При подозрении на инфаркт миокарда - выполнение протокола

скорой медицинской помощи при этом заболевании

6. Экстренная доставка пациента в стационар и госпитализация в

ОРИТ стационара.

**АРТИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЕ БЛОКАДЫ**

Артиовентрикулярные блокады (АВ) блокады - процесс задержки

проведения импульсов из предсердий к желудочкам в АВ соединении. АВ

блокады подразделяются на 3 степени.

**Причины.**

Чаще всего органические заболевания сердца: ИБС, инфаркт миокарда,

атеросклеротический кардиосклероз, миокардиты, токсические поражения

миокарда (сердечные гликозиды, хинидин), склеродегенеративные заболевания сердца и проводящей системы. Реже встречаются АВ блокады

при коллагенозах, заболеваниях обменного характера.

**Диагностика**. Правильная диагностика АВ блокад возможна только по

данным ЭКГ или специализированных методов обследования.

АВ блокада 1 ст. характеризуется только удлинением интервала РQ

более 0.22 сек.

АВ блокада 2 ст. подразделяется на 2 подтипа.

а) АВ блокада 2 ст. тип Мобитц 1 с периодикой Самойлова-Венкебаха.

Интервалы РQ последовательно удлиняются до тех пор пока импульс из

предсердий не блокируется и после зубца Р комплекс QRS не возникает

б) АВ блокада 2 ст. тип Мобитц 2. Периодическое выпадение комплекса

QRS происходит без изменений интервала Р Q .

Полная АВ блокада. Предсердия возбуждаются в своем ритме,

желудочки в своем более редком, возникает полная АВ диссоциация. Зубцы

Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии

перед ними или за ними.

**Клиника**. Определяется степенью нарушения проводимости и степенью

брадикардии.При АВ блокаде 1 ст. симптомы обычно отсутствуют, либо

присутствуют симптомы основного заболевания. Больным в выявленной АВ

блокадой 1 степени показана госпитализация в кардиологическое отделение

для обследования и лечения. При более значительных степенях блокады и

брадикардии симптомы обычно однотипные: слабость, одышка,

головокружение, обморочные состояния. Наиболее тяжелой формой

проявление АВ блокады является приступ Морганьи — Адамса — Стокса

(МЭС).

**Приступ МЭС** чаще развивается через 3-5 сек асистолии: внезапная

потеря сознания, судороги, цианоз, пульсация крупных артерий не

определяется. По сути, это эпизод остановки кровообращения.

*Больные с АВ блокадами нуждаются в оказании скорой*

*медицинской помощи независимо от наличия или отсутствия*

*клинической симптоматики.*

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА

ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ АРТИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ

БЛОКАДАХ

**Диагностика**

1. Осмотр больного, физикальное обследование, оценка состояния

больного и наличия жизнеопасных симптомов.

2. Анамнез больного для определения возможной причины АВ

блокады, регистрация АД, ЭКГ.

3. Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию кислорода,

в/в доступ, в/в введение атропина сульфата 0,1% - 0,5 мл (А,1++) до

уменьшения степени брадикардии 4. Мониторирование ЭКГ и сердечной деятельности, экстренная

госпитализация в ОРИТ стационара.

При подозрении на инфаркт миокарда - выполнение алгоритма оказания

помощи при данном заболевании.

При наличии у больного жизнеопасных симптомов:

1. Осмотр больного, физикальное обследование, регистрация

пульса, АД, ЭКГ.

2. Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию

кислорода, в/в доступ

3. В/в начать инфузию жидкости (физиологический р-р хлорида

натрия, поляризующий р-р), в/в введение атропина сульфат 0,1% - 0,5 мл, повторно 1,0мл. Введение атропина неэффективно при дистальных

АВ блокадах. При неэффективности атропина больному показана

экстренная ЭКС . Общепрофильные выездные бригады скорой

медицинской помощи – наружная или череспищеводная ЭКС,

специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи –трансвенозная ЭКС. При невозможности использовать ЭКС - использовать

препараты учащающие сердечный ритм за счет воздействия на В рецепторы

сердца. Адреналин 1 мл 0,1% р-ра в/в капельно в 500мл физиологического р-

ра хлорида натрия. Скорость введения 1-4 мкг/мин (18-20 капель). (А,1++).

Вводить В адреностимуляторы нужно крайне осторожно, учитывая их

проаритмогенный эффект.

Всем больным показана экстренная доставка в стационар и

госпитализация в ОРИТ стационара.

**Приступ МЭС.**

1. Определить остановку кровообращения, обеспечить

проходимость дыхательных путей, зафиксировать электрическую

деятельность сердца (ЭКГ мониторирование).

2. Начать базисную СЛР, обеспечить в/в доступ.

3. В/в ввести р-р атропина 0,1% - 1,0мл, при неэффективности в/в

ввести р-р эуфиллина 2,4% - 10мл.

При восстановлении сердечной деятельности - экстренная ЭКС.

Всем больным показана экстренная доставка в стационар и госпитализация в

ОРИТ стационара, минуя СтОСМП.

**Список литературы.**

1.Руководство для врачей скорой помощи под ред. Проф. Михайловича

В.А. « Медицина» 1986год.

2.Неотложная кардиология. В.В. Руксин. 1999год

3.Синдромная диагностика и базисная фармакотерапия заболеваний

внутренних органов под ред . проф. Г.Б. Федосеева, акад. РАМН Ю.Д.

Игнатова. 2004год

4. Руководство для врачей скорой медицинской помощи под ред. В.А.

Михайловича, А.Г. Мирошниченко. 2001г.