

ИНФАРКТ МИОКАРДА. АТИПИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ЕЁ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

З.Ж.Нарзиллоева

АННОТАЦИЯ

Болезни системы кровообращения являются актуальной проблемой в мире. Инфаркт миокарда является одним из главных причин смерти при ишемической болезни сердца. Правильная и своевременная диагностика инфаркта миокарда играет ключевую роль прогнозе жизни пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, атипичные формы.

Инфаркт миокарда (ИМ) - одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

Основные причины, повышающие риск развития ИМ:

- Пожилой возраст.
- Мужской пол.
- Наследственные факторы.
- Нерациональное питание.
- Гиперлипидемия (повышенный уровень холестерина низкой плотности ЛПНП по отношению к ЛПВП)
- Артериальная гипертензия с отсутствием контроля над артериальным давлением провоцирует ИМ.
- Сахарный диабет.
- Избыточная масса тела.
- Гиподинамия.
- Наличие вредных привычек, в частности курения.
- Употребление алкоголя.
- Большое количество атеросклеротических бляшек.
- Стрессовые ситуации.

Сердце – это орган требовательный к достаточному количеству кислорода. Если на стенках коронарной артерии большое количество атеросклеротических бляшек и образовалось сужение или закупорка, то такие патологии приводят к медленной или быстрой гибели мышечных клеток сердца. Неправильная работа сосудов и следующие за ней нарушения входят в число наиболее частых причин инфаркта миокарда. Разрыв атеросклеротической бляшки также приводит к

патологическим процессам. Повреждение коронарного сосуда тромбозом сильно увеличивает риск ИМ и имеет высокий процент фиксированных случаев инфаркта миокарда.

Классификация инфаркта миокарда

1. По анатомии поражения:

- трансмуральный.
- интрамуральный.
- субэндокардиальный.
- субэпикардиальный.

2. По объему поражения:

- крупноочаговый (трансмуральный), Q-инфаркт.
- мелкоочаговый, не Q-инфаркт.

3. По локализации:

- Инфаркт миокарда левого желудочка (передний, боковой, нижний, задний).
- Изолированный инфаркт миокарда верхушки сердца.
- Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки (септальный).
- Инфаркт миокарда правого желудочка.
- Сочетанные локализации: задне-нижний, передне-боковой и др.

Клиническая классификация инфаркта миокарда

- Спонтанный ИМ (тип 1), связанный с ишемией вследствие первичного коронарного события, такого как эрозия бляшки и/или разрушение, растрескивание или расслоение.

- Вторичный ИМ (тип 2), связанный с ишемией, вызванной увеличением недостатка кислорода или его поступления, например, при коронарном спазме, коронарной эмболии, анемии, аритмии, гипер- или гипотензии.

- Внезапная коронарная смерть (тип 3), включая остановку сердца, часто с симптомами предполагаемой ишемии миокарда с ожидаемой новой элевацией ST и новой блокадой левой ножки пучка Гиса, выявлением свежего тромба коронарной артерии при ангиографии и/или аутопсии, наступившей смертью до получения образцов крови или перед повышением концентрации маркеров.

- ЧКВ-ассоциированный ИМ (тип 4а).

- ИМ, связанный с тромбозом стента (тип 4б), который подтвержден ангиографией или аутопсией.

- АКШ-ассоциированный ИМ (тип 5).

Клиническая картина инфаркта миокарда

Самым частым и характерным симптомом инфаркта миокарда является боль. В типичных случаях боль имеет разлитой характер, локализуется в левой части грудной клетки, за грудиной, может отдавать в левую руку, плечо. Иногда боль представлена ощущением тяжести, жжения, давления. В редких случаях ее путают с болевыми ощущениями в области желудка. Чаще всего ощущения продолжаются более 30 минут, не купируются приемом нитроглицерина и обезболивающих препаратов, сопровождаются холодным потом, страхом смерти. Часто боли протекают волнообразно, длительно, то ослабевая, то снова усиливаясь. Эта патология имеет и ряд нетипичных признаков инфаркта, которые могут свидетельствовать и о других проблемах. В их число входит:

- Потеря сознания.
- Нарушение сердечного ритма, включая стенокардию.
- Выраженная головная боль, головокружение, не проходящее в течение нескольких суток.
- Во время приступа возможна тошнота, повышение температуры.
- Посинение носогубного треугольника и т.п.

Признаки бывают менее или более выраженными, но пациенту требуется неотложная скорая помощь и даже нахождение в реанимации. Это важно, чтобы не допустить ухудшение состояния, повреждения других органов, например, развития отека легких, инсульта в результате недостаточного питания головного мозга кислородом и появления других проблем. От правильного и своевременного оказания квалифицированной помощи зависит жизнь пациента. Особенно это важно в течение первых суток. При появлении первых признаков, не надо дожидаться, чтобы они длились долго. ИМ опасен резким ухудшением и тяжелым течением с высоким процентом летального исхода. Поэтому следует, как можно быстрее обратиться за медицинской помощью.

Атипичные формы инфаркта миокарда

В некоторых случаях симптомы инфаркта миокарда могут носить атипичный характер. Различают следующие формы ИМ:

- Абдоминальная форма - боли локализуются в верхней части живота, сопровождаются вздутием живота, тошнотой, рвотой.
- Астматическая форма - представлена нарастающей одышкой, напоминает приступ бронхиальной астмы.
- Атипичный болевой синдром может локализоваться не в груди, а в правой руке, плече, подвздошной ямке.
- Безболевая ишемия миокарда наблюдается редко, чаще у больных сахарным диабетом. В этом случае иногда у пациентов можно отметить гипотонию, слабость, цианоз губ.

- Церебральная форма представлена головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.

- В ряде случаев у пациентов с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, к основному болевому синдрому при ИМ присоединяется характерная для межрёберной невралгии опоясывающая боль в грудной клетке, усиливающаяся при изменении положения тела, пальпации.

Все осложнения инфаркта миокарда являются жизнеугрожающими:

- Кардиогенный шок.
- Разрыв сердца.
- Нарушения ритма и проводимости (фибрилляция желудочков).
- Острая сердечная недостаточность.
- Развитие аневризмы левого желудочка.
- Развитие синдрома Дресслера.
- Развитие хронической сердечной недостаточности.

Лечение инфаркта миокарда

Единственным методом лечения инфаркта миокарда, который позволяет в значительной части случаев полностью предотвратить негативные последствия, сохранить жизнеспособность сердечной мышцы, является восстановление коронарного кровотока в первые часы после начала заболевания.

Пациенту необходима срочная госпитализация в стационар, способный к немедленному проведению коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентированию коронарных артерий (хирургическое вмешательство). Восстановление кровотока по коронарным артериям возможно за счет проведения тромболитической терапии (первые 6-12 часов развития инфаркта миокарда), однако этот метод менее эффективен и имеет свои ограничения. При поступлении обязательно проводится ЭКГ (электрокардиография), при тяжелом состоянии эхокардиография, МРТ, КТ (компьютерная томография). Обязательно выполняются лабораторные исследования, включая биохимический анализ крови. Ведется наблюдение за дыханием человека (для своевременное определения снижения или увеличения частоты).

В постинфарктный период пациент также должен находиться под контролем лечащего врача в течение нескольких недель и более (зависит от степени тяжести, очага поражения, сопутствующих заболеваний и т.п.). Каждый этап лечения корректируется и при правильном подходе дает высокий шанс на хорошее восстановление.

Профилактика инфаркта миокарда

Под профилактикой острого инфаркта миокарда и других видов подразумевают систему мероприятий, основным направлением которых является предупреждение атеросклероза и исключение, по возможности,

факторов риска инфаркта миокарда. Целью профилактики после перенесенного инфаркта миокарда является предотвращение летального исхода, развития повторного инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности и других возможных осложнений.

Первичная профилактика инфаркта миокарда основана на соблюдении «здорового образа жизни», следовании медицинским рекомендациям для предотвращения развития ИБС (поддержание нормального уровня АД, глюкозы, холестерина). Пациент должен соблюдать правильное питание, регулярную физическую активность и правильно подобранные нагрузки, отказаться от вредных привычек.

Вторичная профилактика после перенесенного ИМ необходима для предотвращения летального исхода, развития повторного инфаркта миокарда и хронической сердечной недостаточности. Отдаленный прогноз после ИМ определяется тяжестью и распространенностью стенозирующего атеросклероза коронарных артерий; степенью дисфункции левого желудочка, возрастом больного, наличием потенциально опасных аритмий. После перенесенного ИМ необходим постоянный врачебный контроль для предотвращения развития отдаленных осложнений инфаркта миокарда (хронической сердечной недостаточности, аритмий). Эти осложнения в большинстве случаев успешно предотвращаются при соответствующем рекомендованном врачом режиме, питании и специальном лекарственном лечении. Рекомендуется регулярно посещать врача-кардиолога (по крайней мере 1 раз в 6 месяцев) для контроля общего состояния и оценки степени эффективности проводимой терапии.

Важно помнить о том, что ИМ – это болезнь серьезная, провоцируемая другими заболеваниями. Поэтому необходимо следить за состоянием всех систем, включая эндокринную, регулярно проходить профосмотр, не игнорировать прием лекарств, которые назначают врачи. Иногда простые таблетки способны спасти жизнь, не допустив развития серьезных патологий.

Тенденции смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения в Российской Федерации и Кемеровской области. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; 59 (6): 19–24. Artamonova G. V., Maksimov S. A., Tabakaev M. V. Tendencii smertnosti naselenija trudosposobnogo vozrasta ot boleznej sistemy krovoobrashhenija v Rossijskoj Federacii i Kemerovs-koj oblasti. *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii*. 2015; 59(6): 19–24.

3. Гарганеева А. А., Округин С. А., Борель К. Н. Догоспитальная и госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда в г. Томске, по данным регистра острого инфаркта миокарда. *Кардиологический вестник*. 2014; 3:64–68. Garganeeva A. A., Okrugin S. A., Borel' K. N. Dogospital'naja i gospital'naja

letal'nost' ot ostrogo infarkta miokarda v g. Tomske po dannym registra ostrogo infarkta miokarda. *Kardiologicheskiy vestnik*. 2014; 3: 64–68.

4. Morillas P., Bertomeu V., Pabón P. Characteristics and outcome of acute myocardial infarction in young patients. The PRIAMHO II study. *Cardiology*. 2007; 107: 217–225.

5. Оганян К. М., Стрельцов Н. М. Занятость населения и ее регулирование. СПб.; 2008. Oganjan K. M., Strel'cov N. M. Zanjatost' naselenija i ee regulirovanie. St. Peterburg; 2008.

6. Бойцов С. А., Довгалецкий П. Я., Гриднев В. И. Сравнительный анализ данных российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома. *Кардиологический вестник*. 2010; 1: 82–86. Bojcov S. A., Dovgalevskij P. Ja., Gridnev V. I. Sravnitel'nyj analiz dannyh rossijskogo i zarubezhnyh registrov ostrogo koronarnogo sindroma. *Kardiologicheskiy vestnik*. 2010; 1: 82–86.

7. Gartner C., Walz L., Bauernschmitt E. The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2008; 105: 286–291.

8. Park Y. H., Kang G. H., Song B. G. Factors related to prehospital time delay in acute ST-segment elevation myocardial infarction. *J. Korean. Med. Sci.* 2008; 105: 864–869.