

ИНФАРКТ МИОКАРДА

И.м. – острое заболевание, обусловленное возникновением одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с абсолютной или относительной недостаточностью коронарного кровотока.

Формы И.м:

1. трансмуральный (поражение распространяется на всю толщину миокарда);
2. интрамуральный (некроз развивается внутривстеночно, не достигая эндокарда и эпикарда);
3. субэндокардиальный (некроз в слое миокарда, прилежающем к эндокарду).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Наиболее частая причина инфаркта миокарда — тромбоз венечной артерии, развившийся на фоне атеросклеротических изменений (до 90% всех случаев). Реже инфаркт миокарда может возникать и в результате других причин.

Причины инфаркта миокарда

1. Атеросклеротические изменения

- Трансмуральный инфаркт миокарда — полная окклюзия венечной артерии
- Нетрансмуральный инфаркт миокарда — неполная окклюзия венечной артерии

2. Неатеросклеротические причины

- 1) Спазм венечной артерии (в том числе вследствие употребления кокаина, амфетаминов)
- 2) Эмболизация (вегетациями, частями пристеночного тромба или тромба на искусственном клапане, частями опухоли)
- 3) Тромбоз (артерииты, травма сердца, амилоидоз)
- 4) Расслоение венечной артерии, аорты
- 5) Миокардиальные мышечные мостики (сдавление венечной артерии перекидывающимися через неё пучками мышечных волокон)
- 6) Аномалии венечных артерий

Клинические варианты ИМ:

1. Status anginosus — болевой ангинозный вариант
2. Status gastralgicus - абдоминальный вариант
3. Status asthmaticus - астматический вариант

Более редкие варианты:

- аритмический
- цереброваскулярный
- малосимптомный (безболевой)

Клиническое течение инфаркта миокарда

1. Предынфарктный период (продромальный период) - от нескольких часов до 1 месяца.
2. Острейший период (от 30 мин до 2 часов)
3. Острый период (от 2 до 10 дней)
4. Подострый период (от 4 до 8 недель)
5. Постинфарктный период

Резорбционно-некротический синдром

- 1) Лихорадка (до 38,0 – 38,5 °)
- 2) Лейкоцитоз нейтрофильный, сдвиг влево (в первые 3-5 дней) и анэозинофилия
- 3) Увеличение СОЭ (с 5-7 дней), т.е. – характерный симптом инфаркта миокарда «перекрест» (симптом «ножниц») между числом лейкоцитов и СОЭ, который обычно наблюдается в конце 1-й – начале 2-й недели болезни: лейкоцитоз начинает снижаться, а СОЭ возрастает
- 4) Увеличение внутриклеточных ферментов (КФК, АСТ, ЛДГ, ГГТП)
- 5) Появление С – реактивного белка

Локализация инфаркта миокарда

- V1 V2 (V3 V4) - переднеперегородочный;
- I, II, aVL (V3), V4, V5 - переднебоковой;
- V3 V4 - верхушечный;
- I, aVL, V5 V6 - боковой;
- II, III, aVF - задний (нижний)

Клинические формы ИБС:

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)
2. Стенокардия
 - 2.1 Стенокардия напряжения
 - 2.1.1 впервые возникшая СК напряжения
 - 2.1.2 Стабильная СК напряжения (I - IV класс)
 - 2.1.3 Прогрессирующая СК
 - 2.2 Спонтанная (особая) СК Принцметалла
3. Инфаркт миокарда:
 - Острый определенный с Q (первичный, повторный дата)
 - Острый возможный (первичный, повторный)

4. Кардиосклероз постинфарктный очаговый
5. Нарушение сердечного ритма
6. Сердечная недостаточность
7. Безболевая форма ИБС
8. Внезапная коронарная смерть

Диагностика:

I - Сердечная боль спереди назад

- не купируется нитроглицерином

- > 30 минут

- боль обычно сильная, временами чрезвычайно

сильная

II – ЭКГ-признаки:

а) Определенные: Q или QS

Эволюция > 24 часов

б) Двусмысленные ЭКГ признаки:

- 1) Эволюция «тока» повреждения «Плато Парди» исчезает до суток
- 2) Постоянный «ток» повреждения
- 3) Т - симметричный
- 4) Q при блокаде ножек пучка Гиса
- 5) Q патол. обнаруживается на единственной ЭКГ

В отсутствии подъема ST или если интерпретация ЭКГ затруднена, используют задние грудные отверстия, - иногда только таким образом удастся распознать задний ИМ (возникающий вследствие окклюзии огибающей артерии).

Лабораторные показатели при ИМ

Фермент	спустя	максимум	нормализуется
КФК	4 – 8 ч	16 – 36 ч	на 3-6 сутки
КФК – МВ	4 – 8 ч	12 – 18 ч	2 – 3 сутки
АСТ	8 – 12 ч	24 – 48 ч	3 – 7 сутки
ЛДГ	6 – 12 ч	24 – 60 ч	7 – 14 день
Миоглобин	2 - 6 ч	8 - 12 ч	2 сутки
Тропонин I	2 - 6 ч	24 - 48 ч	7 – 14 день
Тропонин T	2 - 6 ч	24 - 48 ч	7 – 14 день

Осложнения ИМ Острый период:

- нарушение ритма и проводимости (фибрилляция желудочков)
- острая недостаточность кровообращения:
 - 1) кардиогенный шок (рефлекторный, истинный, ареактивный)
 - 2) сердечная астма (отек легких)
 - 3) обморок
- перикардит (эпистенокардический)
- разрывы сердца (стенки желудочка- с тампонадой сердца) м/д 2-м и 10-м днями, межжел. перегородки, сосочковой мышцы)

- острые эрозии и язвы ЖКТ
- желудочно-кишечные кровотечения
- острая атония мочевого пузыря
- психические расстройства

Острый и подострый период:

Постинфарктный синдром (синдром Дресслера):

- 1) полисерозит (плеврит, пульмонит, перикардит)
- 2) олиартралгии

Дифференциальная диагностика

Причины выраженных и остро возникших болей в грудной клетке

- Инфаркт миокарда
- Расслаивающаяся аневризма аорты
- Перикардит
- Пневмоторакс
- Плеврит
- ТЕЛА
- Медиастинит
- Болезни пищевода (эзофагит, эзофагоспазм, язва пищевода)
- Язвенная болезнь желудка
- Опоясывающий лишай

Диагностика осложнений

Одно из наиболее тяжёлых осложнений инфаркта миокарда — острая сердечная недостаточность. По классификации *Киллип*, при инфаркте миокарда различают четыре класса выраженности острой сердечной недостаточности.

- **I класс** — отсутствие хрипов в лёгких и «ритма галопа» (патологического III тона сердца); возникает у 40 - 50% больных, смертность составляет до 10%.
- **II класс** — наличие хрипов, выслушиваемых на площади менее 50% лёгочных полей или наличие «ритма галопа», возникает у 30 — 40% больных, смертность составляет 20%.

- **III класс** — наличие хрипов, выслушиваемых на площади более 50% лёгочных полей в сочетании с «ритмом галопа»; возникает у 10 - 15% больных, смертность составляет 40%.
- **IV класс** — признаки кардиогенного шока; возникает у 5 — 20% больных, смертность достигает 50 — 90%.

