

СРС

Абдоминальная форма инфаркта миокарда

Выполнила: Абдикулова А.К.

Приняла:

Караганда 2017

● **Классификация**

- У инфарктного состояния выделяют несколько стадий :
- Острейшей. Считается начавшаяся до 2 ч. после начала инфаркта.
- Острой. Считается та, которая начала до 10 сут. после начала инфаркта.
- Подострой. Период увеличивается с 10 суток до 56.
- Периода рубцевания. Считается с 8 нед. до 6 мес. после начала инфаркта.
- Существует несколько стадий инфаркта. Так, в зависимости от стадии выделяют формы:
- Обычно, абдоминальный инфаркт проходит только первые две стадии, меняя вид на типичный, однако, может оставаться **атипичным** на протяжении всех стадий.

В зависимости от расположения повреждения выделяют несколько подвидов инфаркта задней стенки левого желудочка:

- Заднедиафрагмальный (нижний) — стенка левого желудочка прилежит к диафрагме
- Заднебазальный (истинно задний)
- Заднебоковой
- Заднераспространенный — захватывает нижнюю, заднюю и боковую стенку сердца. Такой вариант влечет за собой неблагоприятные последствия в отношении здоровья пациента

● **Причины возникновения**

- Тромбоз венечной артерий в области атеросклеротической бляшки
- Спазм коронарных артерий различных этиологии
- Васкулиты, поражающие сосуды среднего калибра - ревматизм, узелковый периартериит, ревматоидный артрит
- Тромбоэмболия коронарных сосудов при инфекционном эндокардите, заболеваниях крови
- Психоэмоциональное перенапряжение
- Атеросклероз не единственная причина инфаркта, и к этому состоянию могут приводить также определённые факторы риска:

Факторы риска

- Гиперхолестеринемия
- Наследственность
- Курение
- Сахарный диабет
- Артериальная гипертензия
- Подагра
- Гиперхолестеринемия
- Ожирение

- **Симптомы**

- В отличие от типичных форм инфаркта, абдоминальная отличается сильной болевой симптоматикой в области эпигастрия, правой стороны живота, правого подреберья. Подобная картина обусловлена высоким стоянием диафрагмы и увеличением пространства Траубе, что характерно при инфаркте задней стенки. **Боль сильная, острая и жгучая, не купируется нитроглицерином.** Также болевые приступы сопровождаются:

- рвотой;
- тошнотой;
- расстройствами кишечника;
- парезом ЖКТ;
- вздутием;
- увеличением АД;
- тахикардией;
- Не все симптомы проявляются одновременно и у всех и для абдоминальной формы характерно их частичное сочетание.

- **МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ БОЛИ** Локализация болевого синдрома обычно наблюдается в верхней части живота (особенно при заднем инфаркте). Пациенты преимущественно жалуются на подложечную боль, однако при детальном опросе выявляются боли за грудиной и в районе сердца. Чтобы точно определить локализацию, врач просит пациента указать рукой место, где возникают болезненные ощущения. Если приступы возникают не в первый раз, основные симптомы абдоминального варианта инфаркта миокарда меняют характер.

- Пациент может отметить, что боль стала сильнее, тяжелее или сдавливающей, ранее прием нитроглицерина помогал, а теперь нет и т. п. Любые изменения в специфике боли (другой характер, распространение в определенные места) требуют проведения тщательной диагностики. Основная задача врача – дифференцировать инфаркт и болезни органов брюшной полости. Обычно боли появляются после физических нагрузок и эмоциональных напряжений, они могут возникнуть во время приема пищи. Гастралгический болевой синдром носит волнообразный характер – нарастает постепенно и достигает пика примерно через час после начала приступа. Такое состояние зачастую сопровождается паникой и страхом смерти. Прием нитроглицерина дает временное облегчение.

Болям может сопутствовать тошнота, в редких случаях однократная рвота. Как показывает практика, боль независимо от исходной локализации в итоге перетекает за грудицу, ближе к сердцу. При опросе пациента нельзя спрашивать о чувстве страха и паники, за исключением случаев, когда больной сам об этом скажет. При осмотре отмечается побледнение кожных покровов, посинение губ, на лице отражена тревога, пациента беспокоит одышка. Кожа покрыта испариной, но на ощупь холодная. Язык влажный и чистый. При прослушивании наблюдаются нарушения частоты сокращений сердца, тахикардия. Границы сердца расширенные, тоны приглушенные (вплоть до полного исчезновения). Иногда прослушивается шум трения околосердечной сумки. Кровяное давление пониженное, на начальном этапе может быть нормальным и даже повышенным.

При осмотре живота необходимо обратить внимание на напряженность мышц, наличие печеночной тупости, вздутие, вовлечение в процесс дыхания, симметрию, локализацию болевого синдрома, наличие симптомов раздражения брюшины. При инфаркте задней стенки со стороны органов брюшной полости может отмечаться неполный паралич желудка, вздутие, напряжение брюшной стенки и болезненность. Расстройства стула обычно не отмечаются. Нарастание указанных симптомов при инфаркте не наблюдается.

Абдоминальная форма инфаркта миокарда часто приводит к клинике тромбоза вен и артерий кишечника и явлениям перитонита.

Гастралгический вариант течения некроза стенки сердца является одним из самых опасных, летальность при абдоминальном варианте составляет до 40%.

- **Дифференциальная диагностика абдоминальной формы инфаркта миокарда**
- Из-за нетипичных симптомов абдоминального инфаркта миокарда необходимо проводить дифференциальную диагностику с такими заболеваниями:
 - панкреатит;
 - холецистит;
 - прободная язва;
 - пищевая токсикоинфекция;
 - кишечная непроходимость
 - аппендицит;

- **Лабораторная диагностика абдоминальной формы инфаркта миокарда** Такие лабораторные проявления, как увеличение концентрации лейкоцитов, смещение лейкоцитарной формулы влево, наличие с-реактивного белка, повышение содержания сиаловых кислот, не относятся к отличительным диагностическим показателям, поэтому не могут использоваться для дифференциации при экстренной диагностике. Немалое значение придается анализу ферментов для отличия болезней, имеющих симптоматику «острого живота». Такие анализы крови при абдоминальной форме инфаркта, как исследование аспартат- и аланинаминотрансферазы не всегда информативны. Повышение концентрации креатинфосфокиназы, изменение содержания лактатдегидрогеназы отмечаются также при панкреатите и требуют для проведения анализа много времени, что не позволяет применять их у конкретного пациента. Ориентировочные сведения можно извлечь из данных коагулограммы. Типичные признаки отмирания участков сердечной мышцы наблюдаются на электрокардиограмме, однако появляются они только на следующие сутки. Дифференциальная диагностика Абдоминальную форму инфаркта сложно отличить от патологий органов брюшной полости. Боли в подложечной области или в верхней части живота справа, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, заставляют думать об остром гастрите, панкреатите, холецистите, обострении желчнокаменной болезни.

- Перечисленные заболевания, так же, как и инфаркт, могут сопровождаться увеличением температуры и повышением концентрации лейкоцитов. Большое значение в дифференциации инфаркта и обострения болезней органов брюшной полости имеет тщательно собранный анамнез. Присутствие в нем приступов стенокардии, обострения холецистита или панкреатита позволяет склониться в сторону того или иного заболевания. При печеночной колике боли появляются после употребления острых и жирных продуктов. Они отмечаются в правом подреберье и становятся интенсивными с первых минут. Такое состояние может сопровождаться тошнотой. При инфаркте боли редко локализуются только в правом подреберье или подложечной области, они обычно иррадиируют в грудину. Повторные осмотры через полчаса или час нередко выявляют боли в области сердца и левой руке.

Инфаркт отличается от печеночной колики тем, что боли при нем нарастают постепенно и имеют волнообразный характер. Печеночной колике свойственно распространение боли в правое плечо и лопатку, что не характерно для инфаркта. Об остром холецистите свидетельствует увеличенный и болезненный желчный пузырь, болезненные «пузырные» и «печеночные» точки при пальпации. При инфаркте мышцы живота не бывают настолько напряженными. Желчнокаменная болезнь подтверждается появлением желтухи. При печеночной колике показатель АЛАТ выше, чем АсАТ, также отмечается увеличение щелочной фосфатазы. Для инфаркта характерно увеличение ЛДГ, что не наблюдается при печеночной колике. Также при инфаркте резко повышается КФК, что практически не меняется при обострении желчнокаменной болезни. Особое значение имеют результаты ЭКГ, которые подтверждают или отрицают наличие инфаркта. В случае сомнений касаясь диагноза оно должно быть проведено как можно быстрее.

● **Осложнения**

- Абдоминальный инфаркт при неправильном диагностировании или лечении может осложниться:
- Отек легких ;
- перикардитом;
- Аневризма левого желудочка;
- острой сердечной недостаточностью;
- разрывом миокарда;
- Синдром Дреслера;
- тромбоэмболией;
- Внезапная коронарная смерть.

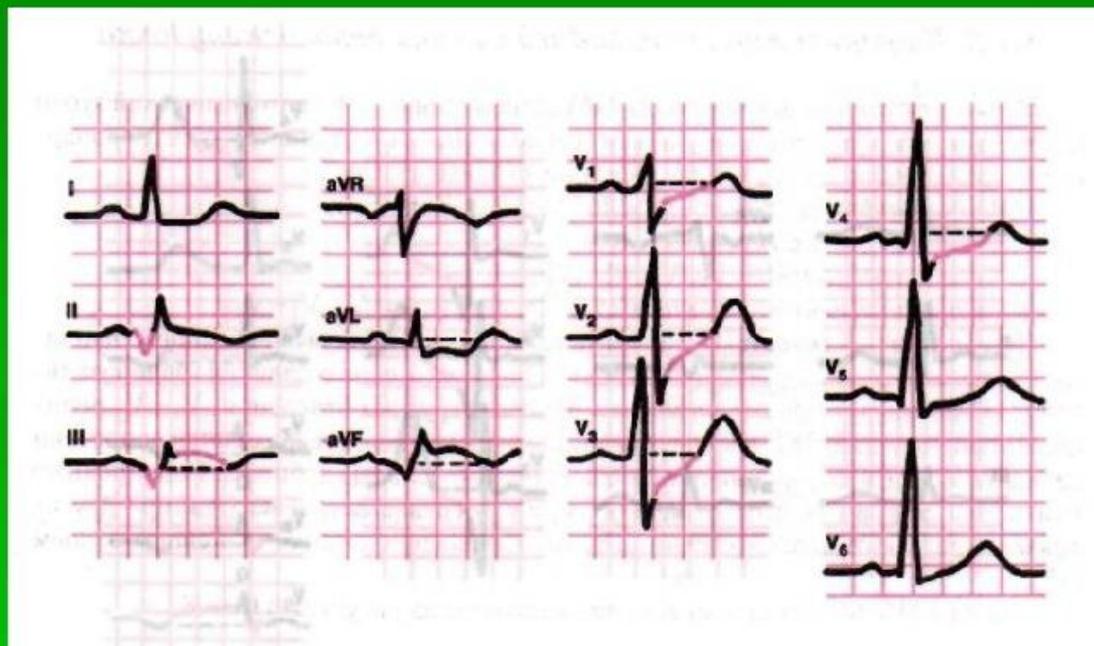
● Профилактика заболевания

- Профилактические мероприятия направлены на предотвращение развития типичного инфаркта миокарда. Для этого нужно:
- Следить за состоянием сердечной мышцы. Для этого достаточно проходить осмотр у кардиолога.
- Следить за холестерином и артериальным давлением, при повышении их необходимо снижать.
- Следить за рационом, то есть снизить потребление жиров, заменив их белковыми продуктами, например, нежирным мясом, а также бобами, злаковыми, орехами, овощами и рыбой.
- Следить за физической формой, то есть избавиться от ожирения.
- Регулярно уделять время физической нагрузке, в особенности кардиотренировкам: бегу, плаванию и т. п.
- Также важно полностью бросить курить и максимально урезать объём потребляемого алкоголя, поскольку эти продукты в большей мере влияют на развитие инфаркта.

Характерные признаки заднедиафрагмального инфаркта определяются в отведениях III (II), aVF, Dorsalis (по Небу):

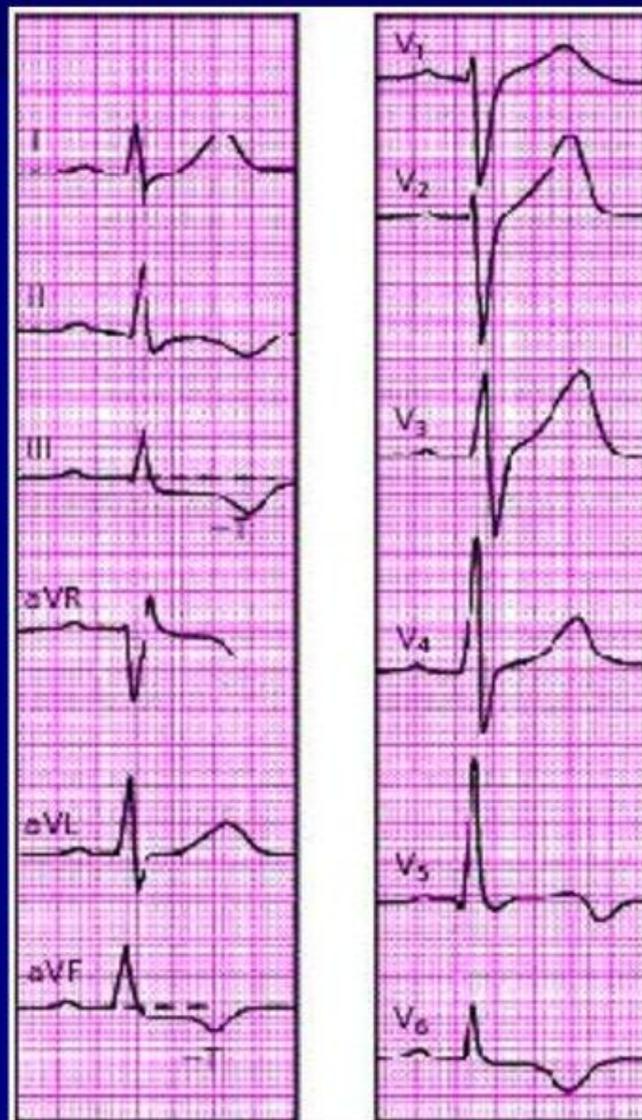
- зубец $Q_{III, aVF}$ считается патологическим, если он больше половины зубца $R_{III, aVF}$ или шире 0,03с;
- в рубцовой стадии заболевания может наблюдаться Q_{aVF} не превышающий половины R_{aVF} ;
- при инфаркте зубец Q_{III} обязательно сочетается с патологическим зубцом Q_{aVF} ширина которого превышает 0,02с;
- зубец q_{II} должен превышать 0,1 R_{II} , особенно в острую стадию (в рубцовую стадию q_{II} может отсутствовать);
- для инфаркта характерно соотношение $Q_{II} > Q_I$ (в норме наоборот);
- в рубцовой стадии нижнего инфаркта ЭКГ в отведениях II, III, aVF имеет вид rS, rSR'.

ЭКГ при заднедиафрагмальном (нижнем) инфаркте миокарда



ЭКГ при остром мелкоочаговом инфаркте миокарда в области заднедиафрагмальной (нижней) стенки с переходом на боковую стенку левого желудочка

- смещение сегмента RS-T выше или ниже изолинии и/или разнообразные остро появившиеся патологические изменения зубца Т (чаще отрицательный коронарный зубец Т).
- эти патологические изменения ЭКГ наблюдаются на протяжении 3–5 недель от начала инфаркта



Лечение по протоколу

● Основные медикаменты

1. Наркотические анальгетики

- Морфина гидрохлорид в амп. 1% 1 мл

2. Анти тромботические средства

- Бивалирудин* 250 мг 1 фл.
- Эноксапарин шприц-тюбик 0,4 мл, 0,6 мл

3. Нитраты

- Нитроглицерин табл. 0,5 мг
- Нитроглицерин амп. 10 мл
- Изосорбид мононитрат капе. 40 мг

4. Бета-блокаторы

- Метопролол тартрат таб. 25-50 мг
- Карведилол 6,25 мг, 25 мг

● 5. Ингибиторы АПФ

- Каптоприл 12,5 мг, 25 мг
- Зофеноприл 7,5 мг (предпочтительно назначение пациентам с ХБП при СКФ < 30 мл/мин)

6. Антиагреганты

- Ацетилсалициловая кислота таб. 75 мг, 150 мг, 300 мг. Начальная доза 300 мг без покрытия
- Клопидогрель таб. 75 мг, 300 мг
- Тикагрелор таб. 90 мг

7. Гиполипидемические средства

- Аторвастатин таб. 40 мг

8. Диуретики

- Фуросемид амп. 2 мл

9. Инотропные средства или кардиотонические средства

- Допамин р-р для инфузий 40 мг/мл, амп. 5 мл
- Добутамин* р-р для инфузий 250 мг/50 мл
- Норэпинефрин* амп. 0,2% 1 мл

10. Антиаритмические препараты

- Амиодарон амп. 3 мл 5%

11. Пероральные антикоагулянты

- Ривароксабан 10 мг

12. Антагонисты альдостерона

- Спиринолактон таб. 25 мг

Использованные материалы

- “Внезапная сердечная смерть” Боккерия Л.А.
- “Учебно-методическое пособие по основам расшифровки ЭКГ”
- Medeffect.ru
- Клинический протокол МЗ РК