

Болевые атипичические формы ОИМ

- Абдоминальная
- Периферическая
 - леворучная;
 - леволопаточная;
 - гортанно-глоточная;
 - верхнепозвоночная;
 - нижнечелюстная.
- Невралгическая

Абдоминальная форма ОИМ

- ✓ Боли локализируются в районе живота, имитируя “острый живот”
 - ✓ Местные симптомы обычно не выражены, редко м.б. напряжение брюшной стенки (при отвлечении больного уменьшающееся вплоть до полного исчезновения)
 - ✓ Типичная ангинозная боль может проявиться после введения спазмолитиков
 - ✓ Эффект **Ng НЕ ЯВЛЯЕТСЯ** дифференциально-диагностическим признаком, т.к. снимает спазм гладкой мускулатуры
 - ✓ Следует учитывать, что:
 - при ОИМ м.б. поражение рaнсгеас (с характерной ферментемией), о. язвы желудка и 12пк,
обострение хр. ЖКТ заболеваний
 - при “остром животе” м.б. изменения ЭКГ, имитирующие ОИМ (проходят к 5 суткам после ранней операции)
- Т.о. при невозможности окончательного установления диагноза (острый живот/ОИМ?) пациента следует обследовать и лечить в условиях **многопрофильного стационара** (хирургическое/кардиологическое отделения)

Периферическая форма ОИМ

- леворучная
 - боль локализуется не в типичном месте, а в местах иррадиации
- леволопаточная
 - боль может локализоваться в необычных местах (н-р, икроножных мышцах)
- гортанно-глоточная
 - ощущения м. не достигают уровня боли, носить характер дискомфорта
- верхнепозвоночная
- нижнечелюстная

Невралгическая форма ОИМ

√ Встречается редко

√ Боли:

- невралгического, либо мышечно-ревматического типа
- локализуются в плечах, затылочной области, запястных суставах, вдоль передней и задней поверхности грудной клетки

Безболевые атипические формы ОИМ

- Астматическая
 - Аритмическая
 - Диспептическая
 - Коллаптоидная.
 - Церебральная
 - Немая

Астматическая форма ОИМ

- Чаще при повторном ОИМ
- У больных пожилого и старческого возраста
- На фоне предшествующей ХСН
- Боли могут полностью отсутствовать
- Усугублять клиническую ситуацию может тяжёлая МР, на фоне ишемической дисфункции папиллярных мышц



Аритмическая форма ОИМ

Наиболее подозрительны в отношении ОИМ:

√ ФЖ

√ ЖТ

√ МА, с блокадой, в том числе преходящей, одной из ножек пучка Гиса

Аритмическая форма ОИМ.

Варианты аритмий. (из М.С. Кушаковский. Аритмии сердца.)

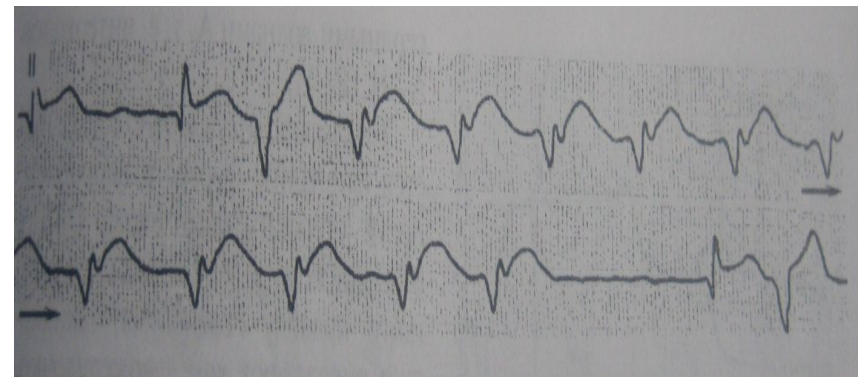
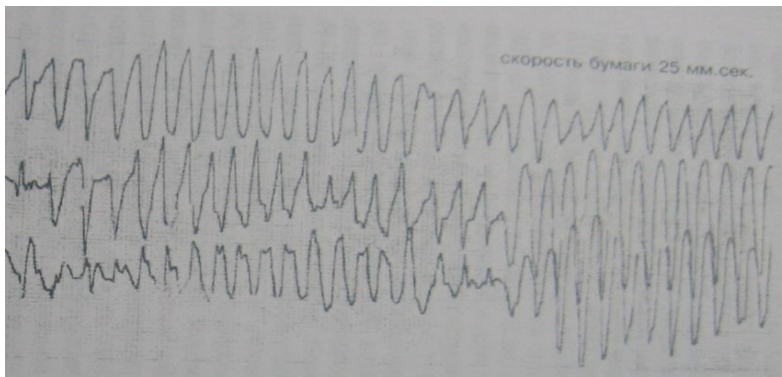
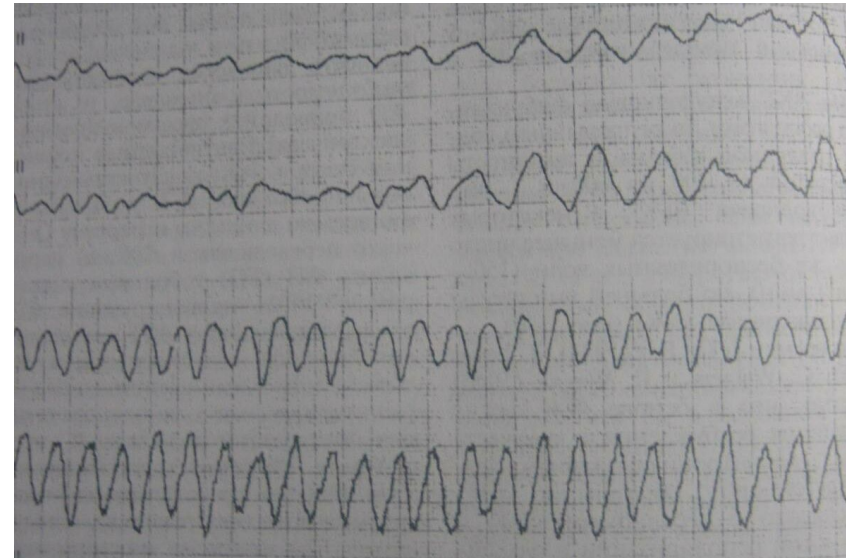
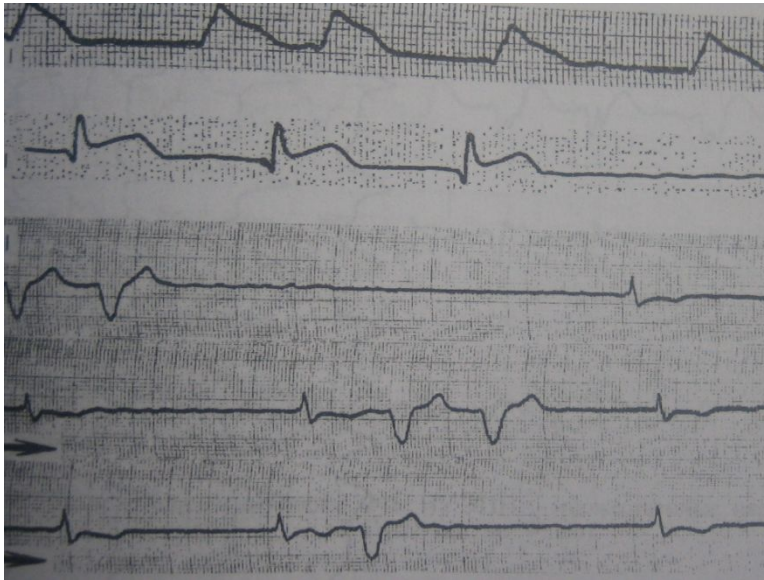
по час. стрелке - варианты МА в о. периоде ОИМ

(МА с ПБЛНПГ, МА при нижн. ОИМ, МА с субтот. АВ блокадой)

- ТП и ФЖ при ОИМ

- неустойч. ЖТ в о. периоде ОИМ

- двунапр. веретенообразная ЖТ в о. периоде ОИМ



Диспептическая форма ОИМ

- Дифференцируется чаще с пищевой интоксикацией, для которой характерно:
 - более раннее $\uparrow t$
 - начало заболевания с озноба
 - многократная рвота
- “Маской” ОИМ могут быть и другие ЖКТ заболевания:
 - эзофагоспазм
 - эзофагит
 - пептическая язва
 - панкреатит
 - холецистит

Коллаптоидная форма ОИМ

В клинической картине преобладают явления

острой сосудистой недостаточности

- ↓ АД
 - сильная слабость
 - бледность кожных покровов
 - спадение вен
 - обильное потоотделение
 - рвота
 - протрация

Церебральная форма ОИМ

√ Встречается у пациентов пожилого возраста с исходно стенозированными экстракраниальными и внутричерепными артериями

√ Возможная клиника:

- обмороки
- головокружения
- тошнота, рвота
- ТИА или ОНМК по ишемическому типу (↓ СВ, нарушения ритма и проводимости, фрагментация тромба ЛЖ)
- геморрагические инсульты (на фоне мощной АТТ)

√ Следует учитывать, что инфарктоподобная ЭКГ может регистрироваться на фоне ОНМК

Немая форма ОИМ

√ Выявляется при случайном ЭКГ-исследовании или неожиданная находка при аутопсии умерших от других причин

√ Согласно данным Фрамингемского исследования, до 25% пациентов с СД тип 2 развивается безболевого (“silent”) ОИМ.

unrecognized Kannel WB, and RD Abbott. Incidence and prognosis of myocardial infarction. An update on the Framingham study. *NIJM* 1984; V 311: 1144-1147

√ В более поздних исследованиях было показано, что до 30% пациентов, вне зависимости от наличия СД имеют “silent” ОИМ.

Sigrudsson E. et al. Unrecognized Myocardial Infarction: Epidemiology, Clinical Characteristics, and the Prognostic Role of Angina Pectoris: The Reykjavik Study. Annals of Internal Medicine 1995: Volume 122 (2): 96- 102

Безболевой ОИМ. Факторы риска.

- *Сахарный диабет*
- *Женский пол*
- *Пожилый возраст*
- *Злоупотребление алкоголем*
- *ОНМК в анамнезе*
- *Психические расстройства*
- *Периоперационный период*

Этапы дифференциальной диагностики ОИМ

1. Анамнез (акцент на характеристике болей – их качество, локализация, длительность, провоцирующие факторы и мероприятия, облегчающие болевой синдром, оценка одышки, кашля, кровохарканья, лихорадки, ночных потов, потери веса, отеков и т.д.)
2. Физикальный осмотр
3. ЭКГ
4. Кардиоспецифические ферменты крови
4. ЭХО-КГ (трансторакальное или чрезпищеводное)
5. При наличии показаний – дополнительные методы обследования

