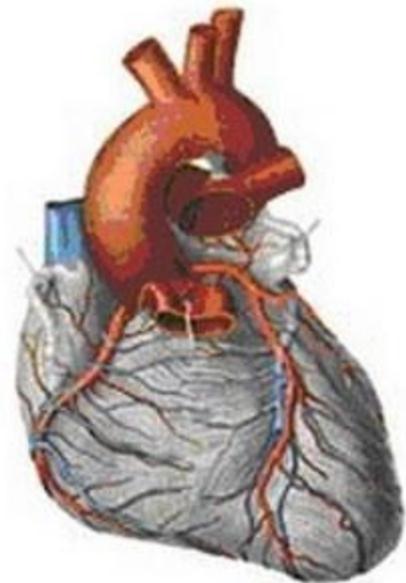


СП при инфаркте миокарда



СП в терапии, лекция №16

Определение

- Инфаркт миокарда (ИМ) – это ишемический некроз сердечной мышцы, вследствие несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и возможностью коронарных артерий обеспечить эту потребность

Актуальность проблемы

- Г.Ф.Ланг: «50% больных ИМ умирают в первые 8 дней».
- В возрасте 40-60 лет инфаркт миокарда в 3–5 раз чаще наблюдается у мужчин в связи с более ранним (на 10 лет раньше, чем у женщин) развитием атеросклероза.
- Показатель летальности при ИМ составляет 30—35%.
- Статистически 15—20% внезапных смертей обусловлены ИМ.

Этиология ИМ

- В 95% случаев – это атеросклероз коронарных артерий.
- Поэтому факторы риска развития ИМ те же, что и атеросклероза (см. далее)
- Значительно реже может быть спазм коронарных артерий без признаков атеросклероза, или воспалительные процессы в коронарных сосудах.

Факторы риска ИМ (как и атеросклероза)

- Гиперхолестеринемия
- Артериальная гипертензия
- Курение
- Гиподинамия
- Ожирение
- Гипергликемия
- Алкоголь ?

Факторы риска ИМ (конкретнее):

- 1. Наличие кровных родственников с ИБС
- 2. Наличие у кровных родственников сахарного диабета I типа
- 3. Уровень холестерина в крови выше 7 ммоль/л
- 4. Курение (не менее 0.5 пачки в день)
- 5. Гиподинамия







Хиви долго!

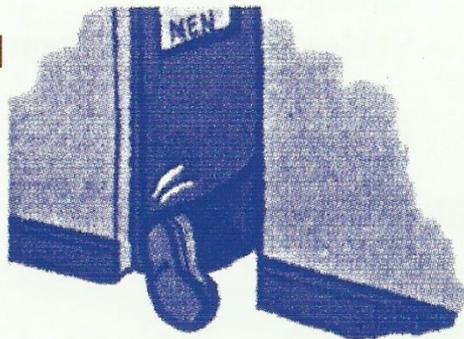
СВОБОДНОЕ ОБЩЕСТВО
ПРОТИВ КУРЕНИЯ





ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

Симптомы гипергликемии



Частое мочеиспускание



Кожный зуд



Чувство голода



Сильная жажда



Неясность зрения



Сонливость



Тошнота

Провоцирующие факторы:

- интенсивная физическая нагрузка;
- стрессовая ситуация;
- оперативное вмешательство;
- травма;
- переедание;
- переохлаждение или перегревание;
- гипогликемия (у больных СД);

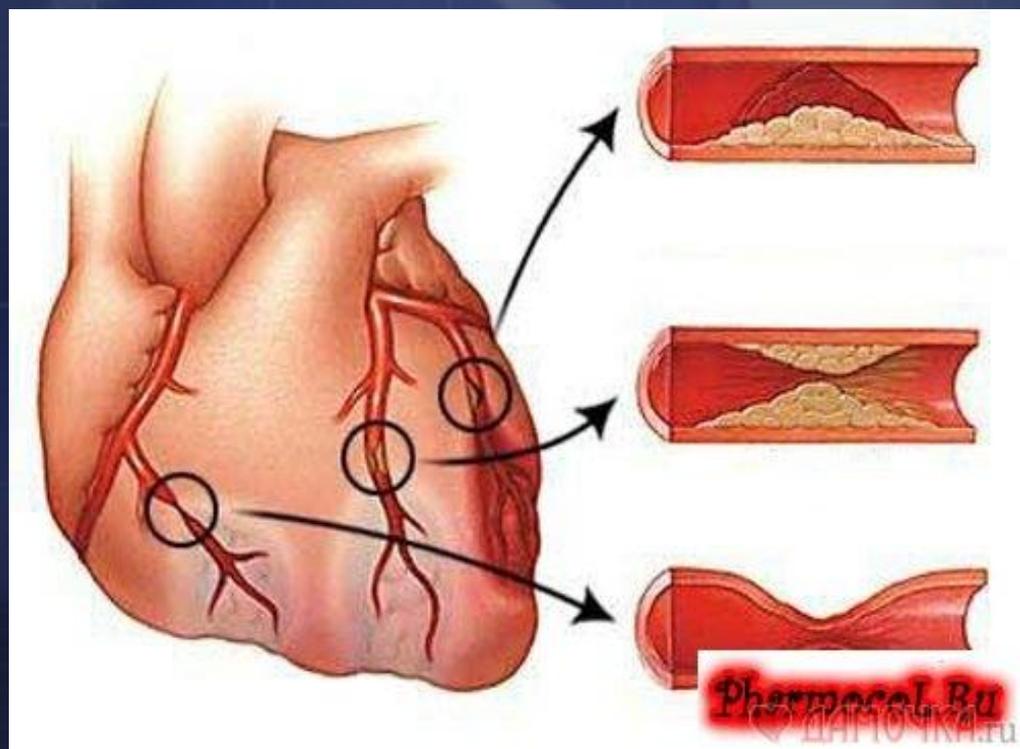
Патогенез ИМ

- Основой развития ИМ является патофизиологическая **триада**, включающая **разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикцию.**

Патогенез ИМ (конкретнее):

- Атеросклеротические изменения сосуда – разрыв бляшки
- Затем коронарный тромбоз
- Спазм коронарных артерий
- И как результат – некроз участка сердечной мышцы
- NB! Изначальная причина – опять атеросклероз!

Инфаркт миокарда



Формы проявления ОИМ:

- Ангинозная форма (типичная)
- Атипичные формы:
 - *Безболевые формы:* астматическая, аритмическая, церебральная, малосимптомная
 - *С атипичной локализацией боли:* абдоминальная, артралгическая (периферическая)

Клиника ангинозной формы ОИМ

- Приступ интенсивной боли за грудиной
- Резкая общая слабость, остро возникшая
- Отсутствие эффекта от нитроглицерина
- Бледность и влажность кожи, цианоз губ
- Тахи- , нормо- или брадикардия
- Гипер- , а далее гипотензия
- Ослабление I тона на верхушке
- Повышение температуры тела на 2-й день

Течение ОИМ

- В течении ОИМ выделяют следующие периоды
- 1. Прединфарктный период
- 2. Острейший период
- 3. Острый период
- 4. Подострый период
- 5. Постинфарктный период

Течение ИМ, прединфарктный период

- Для этого периода характерно учащение приступов стенокардии и усиление их интенсивности.

Течение ИМ, острейший период

- Характеризуется чрезвычайно интенсивным болевым синдромом с локализацией болей в грудной клетке и иррадиацией в левое плечо, шею, зубы, ухо, ключицу, нижнюю челюсть, межлопаточную зону.
- Характер болей может быть сжимающим, распирающим, жгучим, давящим, острым («кинжальным»). Чем больше зона поражения миокарда, тем более выражена боль.

Течение ИМ, острый период

- В остром периоде инфаркта миокарда болевой синдром, как правило, исчезает.
- Сохранение болей бывает вызвано выраженной степенью ишемии околоинфарктной зоны или присоединением перикардита.

Течение ИМ, подострый период

- Болевые ощущения отсутствуют, состояние пациента улучшается, нормализуется температура тела.
- Симптомы острой сердечной недостаточности становятся менее выраженными.
- Исчезает тахикардия, систолический шум.

Течение ИМ, постинфарктный период

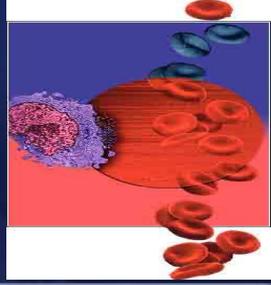
- В постинфарктном периоде клинические проявления отсутствуют, лабораторные и физикальные данные практически без отклонений.

Болевые формы ИМ

- Леволопаточная
- Леворучная
- Верхнепозвоночная
- Нижне - челюстная и ушная
- Гортанно - глоточная



Лабораторная диагностика ОИМ



- Лейкоцитоз (появляется в первые часы)
- Повышение СОЭ на 2-й день болезни, возвращается к норме на 4-й – 5-й неделе)
- Повышение активности ферментов крови (КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ)
- Повышение СИА, серомукоида, СРБ

Изменения ЭКГ при ОИМ :

- *Над зоной некроза:*
- Патологический зубец Q
- Уменьшение амплитуды зубца R
- Подъем над изолинией сегмента ST
- Инверсия зубца T

По изменениям, фиксируемым на ЭКГ, различают:

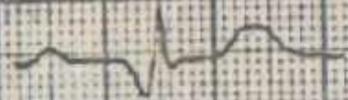
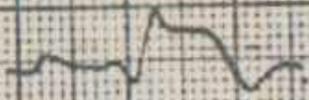
- «Q-инфаркт» - с формированием патологического зубца Q, иногда желудочкового комплекса QS (чаще крупноочаговый трансмуральный инфаркт миокарда)
- «не Q-инфаркт» – не сопровождается появлением зубца Q, проявляется отрицательными T-зубцами (чаще мелкоочаговый инфаркт миокарда)

Первая ЭКГ

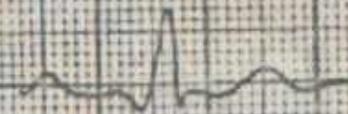
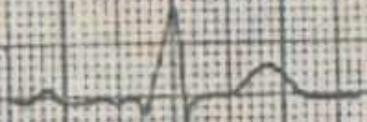
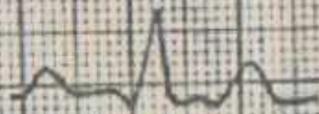
Вторая ЭКГ

Третья ЭКГ

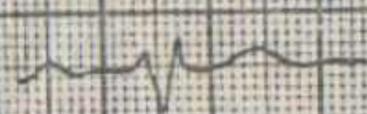
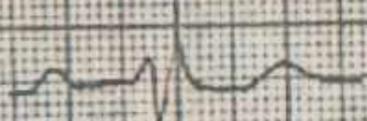
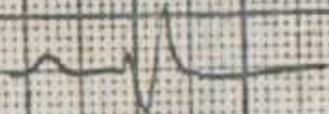
I



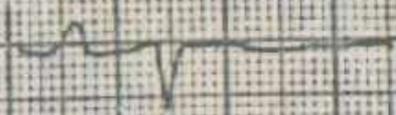
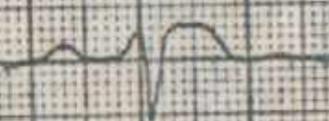
III



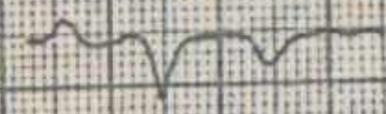
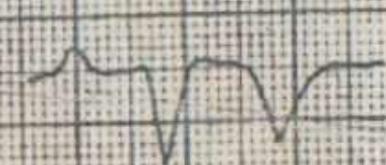
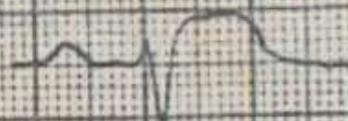
V₁



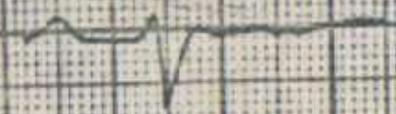
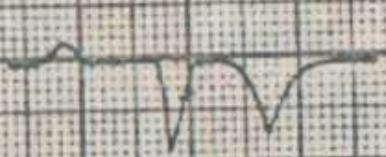
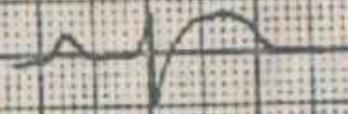
V₂



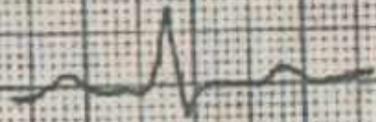
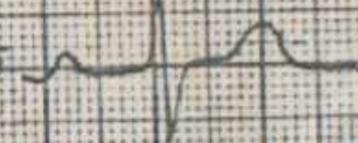
V₃



V₄



V₅



Классификация ИМ по глубине поражения:

- Мелкоочаговый
- Крупноочаговый
- Субэндокардиальный
- Субэпикардиальный
- Инфаркт с Q
- Инфаркт без Q

Осложнения ОИМ

- Кардиогенный шок
- Аневризма сердца
- Тромбоэмболии (ТЭЛА)
- Разрывы сердца
- Нарушения ритма и проводимости
- Рецидив ИМ
- Острая сердечная недостаточность (ОЛЖН)
- Перикардит
- Синдром Дресслера (постинфарктный перикардит, плеврит, плечевой артрит, повышение t)

Возможные проблемы пациента при ИМ

- Чувство страха смерти
- Интенсивная боль в сердце
- Общая слабость
- Лихорадка
- Снижение АД (шок)
- Дефицит информации о заболевании
- Страх инвалидизации

Лечение ангинозного приступа

- Нитроглицерин под язык
- Ненаркотические и наркотические анальгетики (аналгин, димедрол, фентанил, дроперидол, морфин, промедол)
- Тромболитическая терапия (стрептокиназа и альтеплаза, кабикиназа, пууролаза, и т.п.)
- Аспирин
- Закись азота с кислородом (?)

Дальнейшая терапия ОИМ

- Дальнейшая терапия при ОИМ направлена на предупреждение и устранение аритмий, сердечной недостаточности, кардиогенного шока.
- Назначают антиаритмические средства (лидокаин), β-адреноблокаторы (атенолол), тромболитики (гепарин, аспирин), антагонисты Са (верапамил), магнезию, нитраты, спазмолитики и т. д.

Реабилитация ИМ состоит из трех периодов:

- Стационарный – проводится в кардиологическом отделении и продолжается до наступления клинического выздоровления.
- Постстационарный – осуществляется в поликлинике, специализированном реабилитационном центре или санатории и длится до возвращения к трудовой деятельности.
- Поддерживающий – дальнейшее развитие физической трудоспособности.

Требования медицинской деонтологии при ведении пациента ОИМ

- Избегать категорических прогнозов
- Осторожность в радужных прогнозах при относительно удовлетворительном состоянии больного
- Избегать пессимистических прогнозов даже при кажущемся безнадежном состоянии больного

Диетические рекомендации пациенту с ИМ:

- Кисло-молочные продукты
- Ограничение жиров
- Ограничение соли
- Обогащение клетчаткой
- Обогащение калием
- Частое и дробное питание

Non est medicinae sine lingua latina –
нет медицины без латинского языка

И спасибо за
внимание



Всё будет
хорошо!