

Презентация на тему: **Атипичные формы инфаркта миокарда**



Подготовила: студентка 6 курса, гр2323
Орехова А.М.

Научный руководитель:
к.м.н., доцент КМЧ Кашаева М.Д.

Актуальность

Несмотря на успехи современной медицины, инвалидизация и смертность от сердечно-сосудистой патологии возрастают, одной из главных причин остается инфаркт миокарда.

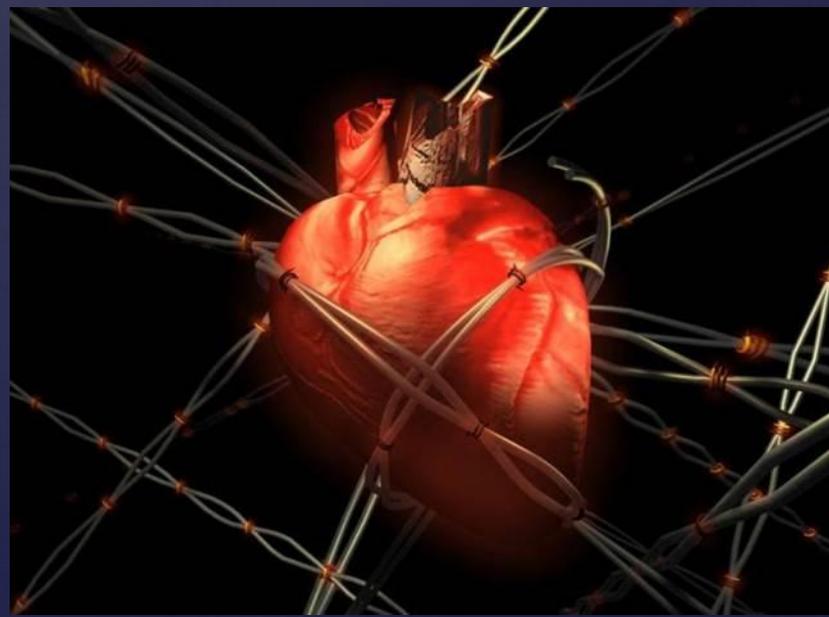
С возрастом увеличивается число атипичных форм инфаркта миокарда и их сочетаний с проявлениями сердечной недостаточности, число осложнений и их комбинаций, а также вероятность летального исхода.

Выделение факторов риска развития инфаркта миокарда, изучение его клинических форм, представляется крайне актуальным, и увеличивает вероятность постановки правильного диагноза и оказания адекватного лечения.

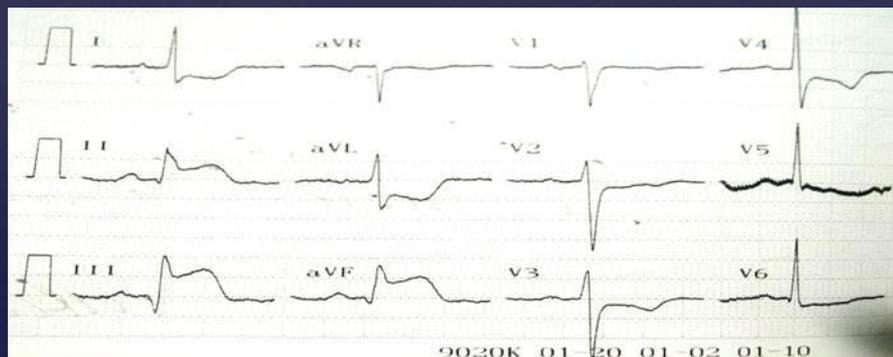


Инфаркт миокарда (ИМ) -

- некроз (омертвление) сердечной мышцы в результате остро возникшего и резко выраженного дисбаланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

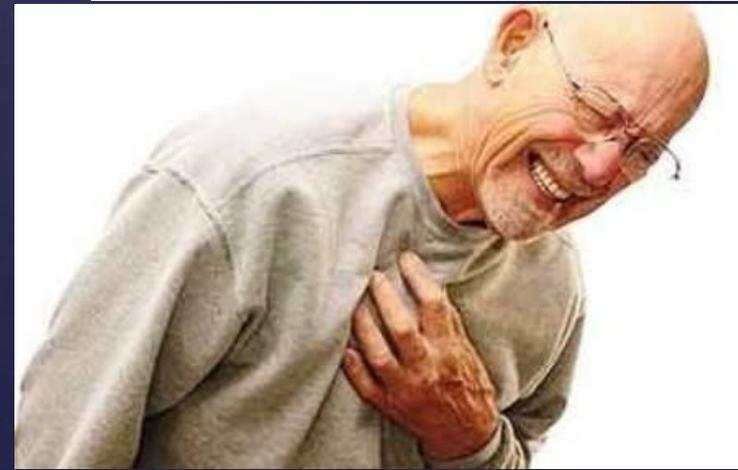


- Ишемической болезнью сердца страдает каждый **четвертый** мужчина в возрасте старше 44 лет!
- Россия занимает **второе** место в мире по распространенности и смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы!
- Количество постинфарктных больных в возрасте старше 35 лет составляет **2,5 миллиона**, ~ 2% от всего населения России!



Факторы риска развития ИМ

- Возраст: мужчины после 40 лет; женщины после 50 лет или с ранней менопаузой.
- Стенокардия, инфаркт или внезапная смерть у кровных родственников: у мужчин после 55 лет; у женщин — до 65 лет.
- Курение (в том числе пассивное, т. е. в присутствии курящих и частое нахождение некурящих людей в накуренном помещении).
- Ожирение, гиподинамия
- Гипертензия
- Гиперхолестеринемия
- Перенесенный в прошлом ИМ
- Сопутствующая патология (СД)



Клинические формы ИМ

Типичная (ангинозная,
болевая) форма

Атипичные формы

Абдоминальная
(гастралгическая) форма

Аритмическая форма

Астматическая форма

Церебральная форма

Безболевая (малосимптомная,
стертая) форма



Типичная (ангинозная, болевая) форма

- Боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, плечо, горло, между лопаток, нижнюю челюсть. По характеру боль жгучая, сжимающая, давящая. По длительности - более 30 мин.
- Боль не купируется нитроглицерином.
- Боль не связана с дыханием и движениями туловища.
- Боль купируется наркотическими анальгетиками.
- Чувство страха («страх смерти»), беспокойство
- Холодный пот, бледность, снижение АД
- Гиперемия, повышение АД
- Тоны сердца глухие, патологические шум



Атипичные формы



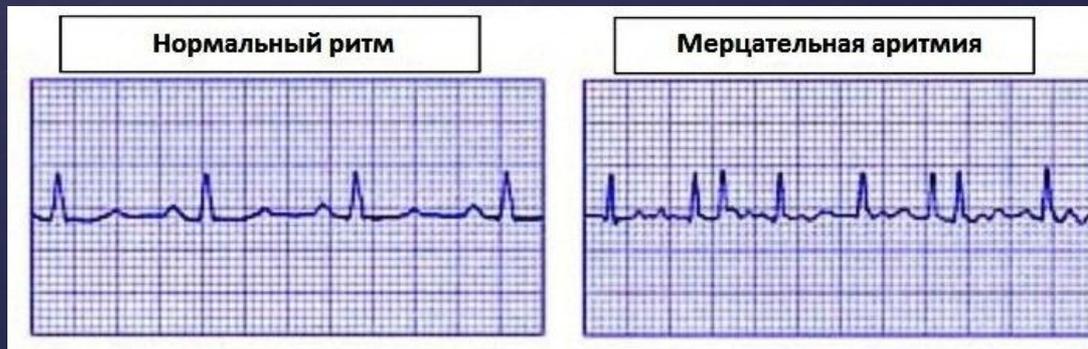
Абдоминальная форма

- Интенсивные боли в эпигастрии или в области правого подреберья, правой половины живота. Иррадиация болей отсутствует или наблюдается в спину, лопатки
- Проявления диспепсического синдрома (рвота, тошнота, возможно диарея).
- При пальпации живота отмечается умеренное напряжение и болезненность брюшной стенки.
- Холодный пот, бледность.
- Снижение АД.



Аритмическая форма

- Сердцебиение, перебои в работе сердца, «замирание» сердца.
- На ЭКГ – различные нарушения ритма и проводимости.
- Боли отсутствуют или не привлекают внимания больного.
- Одновременно возможно развитие резкой слабости



Астматическая форма

- Одышка в покое, удушье
- Кашель с пенистой розовой мокротой
- Положение ортопноэ
- Сердцебиение
- Болевой компонент мало выражен или отсутствует
- Резкая бледность и влажность кожных покровов, сочетающаяся с цианозом носогубного треугольника
- «Ритм галопа», влажные хрипы, аритмии
- Снижение АД



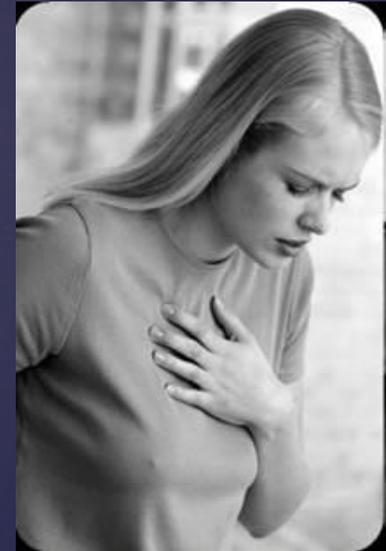
Церебральная форма

- Головокружение, дезориентация, обморок, шум в ушах, тошнота и рвота
- Очаговая неврологическая симптоматика (преходящая слабость в конечностях, дизартрия и др)



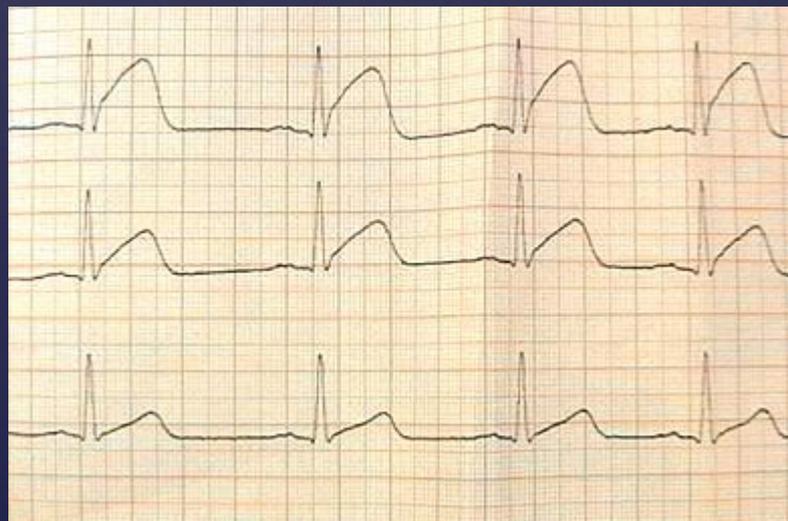
Малосимптомная (стертая, безболевая) форма

- ❑ Слабость, потливость
- ❑ Неопределенные боли в груди, дискомфорт
- ❑ Одышка, перебои в работе сердца



Диагностика ИМ

- Типичная загрудинная боль продолжительностью более 30 мин, не купирующаяся повторным приемом нитроглицерина. При атипичных формах заболевания эквивалентом болевого синдрома могут быть атипичная локализация боли, одышка и др.
- Типичные изменения на ЭКГ (изменение сегмента ST (а также зубца T) или появление ПБЛПНГ, патологического зубца Q).
- Лабораторная диагностика маркеров некроза миокарда (тропониновый тест, КФК и МВ-фракции КФК, миоглобин)



Клинический случай.

На станцию СМП поступил вызов. Больной К. 45 л, жалобы на тошноту, однократную рвоту, ломоту во всем теле, боль в спине и эпигастрии, повышение температуры до 37,4С.

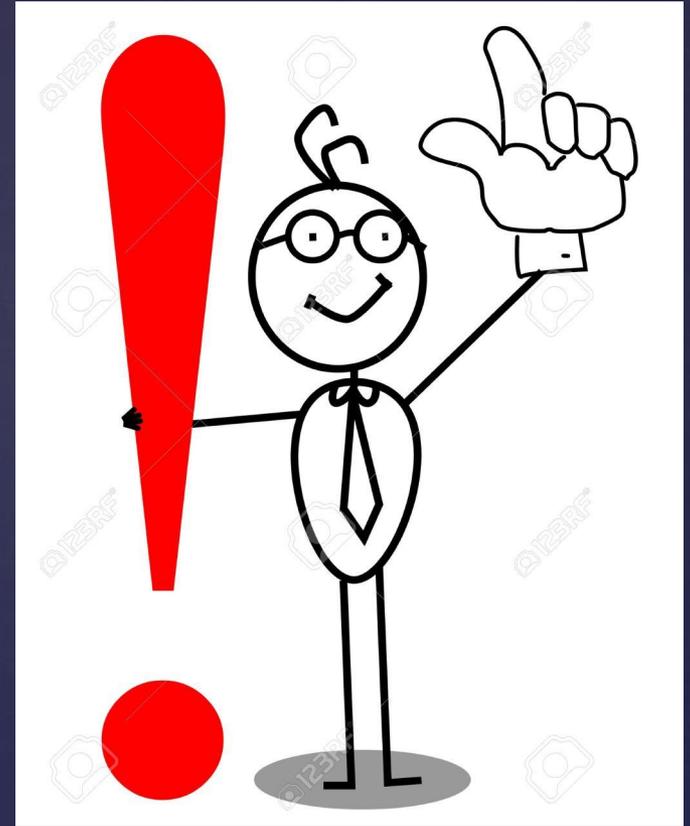
Из анамнеза: заболел 1 день назад, после застолья, когда появились вышеуказанные симптомы. СМП не вызывал, списав симптомы на последствие празднования. Самостоятельно принимал фамотидин, метоклопрамид, смекту, нурофен от боли. К утру тошнота прошла, боли стали менее интенсивными. Скорую вызвал в связи с усилением болей.

При осмотре: АД 170/100 мм.рт.ст, ЧСС 95 в мин, ЧДД 19 в мин. На ЭКГ: элевация сегмента ST и формирование патологического зубца Q в отведениях II, III, aVF (ОИМ с зубцом Q нижней стенки ЛЖ).

Больному проведено адекватное лечение и бригадой СМП доставлен в сосудистый центр.

Выводы

- Атипичные варианты ИМ приводят к диагностическим ошибкам и являются частой причиной задержки начала адекватного лечения.
- Летальность в этой группе больных значительно выше, чем среди лиц с типичной картиной заболевания.
- Необходимо своевременно обследовать больных, относящихся к группе риска.



Спасибо за внимание.

