Инфаркт миокарда

**Инфаркт миокарда** – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

***Классификация:***

*По стадиям развития:*

Острейший период

Острый период

Подострый период

Период рубцевания

*По анатомии поражения:*

Трансмуральный

Интрамуральный

Субэндокардиальный

Субэпикардиальный

*По объему поражения:*

Крупноочаговый (трансмуральный), Q-инфаркт

Мелкоочаговый, не Q-инфаркт

Локализация очага некроза.

Инфаркт миокарда левого желудочка (передний, боковой, нижний, задний).

Изолированный инфаркт миокарда верхушки сердца.

Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки (септальный).

Инфаркт миокарда правого желудочка.

Сочетанные локализации: задне-нижний, передне-боковой и др.

***Этиология***

Инфаркт миокарда развивается в результате обтурации просвета сосуда кровоснабжающего миокард (коронарная артерия). Причинами могут стать (по частоте встречаемости):

Атеросклероз коронарных артерий (тромбоз, обтурация бляшкой) 93–98%

Хирургическая обтурация (перевязка артерии или диссекция при ангиопластике)

Эмболизация коронарной артерии (тромбоз при коагулопатии, жировая эмболия т.д.)

Отдельно выделяют инфаркт при пороках сердца (аномальное отхождение коронарных артерий от легочного ствола)

***Патогенез***

Различают стадии:

Ишемии

Повреждения (некробиоза)

Некроза

Рубцевания

Ишемия может являться предиктором инфаркта и длиться сколь угодно долго. При исчерпывании компенсаторных механизмов говорят о повреждении, когда страдает метаболизм и функция миокарда, однако изменения носят обратимый характер. Стадия повреждения длится от 4 до 7 часов. Некроз характеризуется необратимостью повреждения. Через 1–2 недели после инфаркта некротический участок начинает замещаться рубцовой тканью. Окончательное формирование рубца происходит через 1–2 месяца.

***Клинические проявления***

Основной клинический признак – интенсивная боль за грудиной (ангинозная боль). Однако болевые ощущения могут носить вариабельный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке и т.п. Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом. Болевой синдром сохраняется более 15 минут и купируется через несколько часов, либо после применения наркотических анальгетиков, нитраты неэффективны. Бывает профузный пот. В 20–30% случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель. Нередко встречаются аритмии. Как правило это различные формы экстрасистолий или фибрилляция предсердий. Нередко единственным симптомом инфаркта миокарда является внезапная остановка сердца. Предрасполагающим фактором является физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз.

***Атипичные формы инфаркта миокарда***

В некоторых случаях симптомы инфаркта миокарда могут носить атипичный характер. Такая клиническая картина затрудняет диагностику инфаркта миокарда. Различают следующие атипичные формы инфаркта миокарда:

Абдоминальная форма – симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой. В данном случае симптомы инфаркта могут напоминать симптомы острого панкреатита.

Астматическая форма – симптомы инфаркта представлены нарастающей одышкой. Симптомы инфаркта напоминают симптомы приступа бронхиальной астмы.

Атипичный болевой синдром при инфаркте может быть представлен болями локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти, подвздошной ямке.

Безболезненная форма инфаркта наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для больных сахарным диабетом, у которых нарушение чувствительности является одним из проявлений болезни (диабета).

Церебральная форма – симптомы инфаркта представлены головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.

***Диагностика***

Ранняя:

Электрокардиография

Эхокардиография

Анализ крови на кардиотропные белки (MB-КФК, АсАТ, ЛДГ1, тропонин)

Отсроченая:

Коронарография

Сцинтиграфия миокарда

Осложнения:

Ранние:

острая сердечная недостаточность

кардиогенный шок

нарушения ритма и проводимости

тромбоэмболические осложнения

разрыв миокарда с развитием тампонады сердца

перикардит

поздние:

постинфарктный синдром (синдром Дресслера)

тромбоэмболические осложнения

хроническая сердечная недостаточность

аневризма сердца

***Лечение***

Ранний период

Лечение на ранних этапах при возможности сводится к экстренной реваскуляризации миокарда (тромболизис, ангиопластика коронарных артерий, АКШ). При выраженной сердечной недостаточности в условиях клиники возможна постановка внутриаортальной баллонной контрпульсации.

Фармакотерапия

Медикаментозная терапия включает следующие группы препаратов:

антиагреганты – Ацетилсалициловая кислота, Клопидрогель

этиловые эфиры ЭПК/ДГК-90% – Омакор

антикоагулянты

β-блокаторы

тромболитики – Стрептокиназа, Актилизе, Метализе

нитраты

морфин

При необходимости подбор антиаритмической терапии.

Отдалённый период

Фармакотерапия

В отдалённом периоде лечение направленно на снижение выраженности недостаточности кровообращения, а также профилактику повторного развития инфаркта миокарда. В настоящее время официально рекомендованы четыре препарата для профилактики повторного инфаркта миокарда: аспирин, статины, ИАПФ, бета-блокаторы.

***Прогноз***

Прогноз заболевания условно неблагоприятный, после возникновения инфаркта в миокарде развиваются необратимые ишемические изменения, что может привести к осложнениям различной степени тяжести.