

УДК 616.127-005.8

К. БАДУНОВ

Таскарасуйская врачебная амбулатория, Алматинская область

## ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Инфаркт миокарда (ИМ) – острое заболевание, вызванное возникновением одного или нескольких очагов омертвления в сердечной мышце из-за нарушения ее кровоснабжения.*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца.

**В** настоящее время инфаркт миокарда – самое часто встречающееся заболевание, занимающее первое место среди причин смерти населения экономически развитых стран. Смертность достигает 35%, еще 20% больных, перенесших острую стадию ИМ, умирают в течение первого года.

**Причины.** В 95% случаев причиной ИМ является атеросклероз питающих сердце артерий (ишемическая болезнь сердца – ИБС), осложнившийся возникновением на месте разрыва атеросклеротической бляшки тромба, который закупоривает просвет артерии. Если кровоток по артерии не восстанавливается, то развиваются омертвление (некроз) сердечной мышцы (миокарда). Очень редко ИМ может быть вызван длительным спазмом сосудов сердца, системными заболеваниями соединительной ткани с поражением артерий сердца, инфекционным эндокардитом (воспалением внутренней оболочки сердца), расслаивающейся аневризмой (расслоением и выпячиванием) аорты со сдавлением устьев коронарных (питающих сердце) артерий. Эти причины составляют не более 2% причин развития ИМ.

**Факторы риска ИМ:** артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение, гиперхолестеринемия (повышение холестерина в крови), малоподвижный образ жизни, курение, наследственность, пожилой возраст, подагра.

**Клиническая классификация.** ИМ может занимать всю толщу стенки сердца в пораженном участке (трансмуральный инфаркт) или только один из ее слоев (субэпикардальный, интрамуральный, субэндокардиальный). По величине поражения различают крупноочаговый и мелкоочаговый ИМ. Эти варианты можно определить по ЭКГ.

Бывает ИМ первичный и повторный (не ранее чем через 8 недель после первого ИМ). По течению ИМ может быть обычным (типичное течение всех стадий ИМ), затяжным, рецидивирующим (если в течение первых 8 недель возникают новые очаги некроза миокарда), стертым, а также различают осложненный и неосложненный ИМ.

Типичное течение ИМ включает 5 периодов:

1) период предвестников – появление или учащение и утяжеление приступов стенокардии («нестабильная стенокардия»). Такое состояние свидетельствует, что проводимая терапия малоэффективна, возрос риск развития ИМ и внезапной смерти. Продолжительность этого периода от нескольких часов до 1 – 1,5 мес;

2) острейший период ИМ (от 30 мин до 2 ч);

3) острый период ИМ (от 2 до 10 дней)

4) подострый период (до конца 4–8-й недели болезни). Очаг некроза замещается рубцовой тканью. При обширном ИМ возможен разрыв сердца

5) послеинфарктный (рубцовый) период (до 6 мес). Приспособление миокарда к новым условиям функционирования.

Основные варианты проявления ИМ: болевой (типичный) вариант, астматический (безболевой), абдоминальный, аритмический, церебральный, бессимптомный или малосимптомный.

Боль при ИМ гораздо интенсивнее и продолжительнее, чем при приступе стенокардии (длится более 15-20 минут,

не помогает прием нитроглицерина). Боль часто отдает в отдаленные и необычные места и не прекращается после приема нитроглицерина. Появляется боль неожиданно, чаще в покое, чем при физическом напряжении, часто ночью во время сна, не зависит от позы и положения тела, от движений и дыхания. Боль возникает за грудиной, часто вблизи мечевидного отростка (угол соединения нижних ребер). Боль обыкновенно отдает в одну или обе руки, чаще левую, в шею, затылок и нижнюю челюсть. Иногда в одну или обе лопатки и в межлопаточное пространство, сопровождаясь чувством страха смерти. Боль имеет давящий, душащий, жгущий или раздражающий характер. Интенсивность боли колеблется от умеренного тупого давления до невыносимой и мучительной боли. В начале ИМ боль обычно продолжается не менее 1 ч, до нескольких часов. Характерна резкая слабость, потливость, возбуждение, двигательное беспокойство.

Иногда бывает сильная боль в подложечной области (может отдавать в спину), которая сопровождается не только тошнотой и резким вздутием живота, но и рвотой, икотой, отрыжкой. Такие симптомы имитируют картину острого живота (прободение язвы желудка, острый холецистит, острый панкреатит) и являются абдоминальным вариантом ИМ.

В 10% случаев (обычно у пожилых людей) первым признаком ИМ является чувство нехватки воздуха, переходящее в удушье, больной принимает вынужденное сидячее положение, появляется чувство страха. Отмечаются синюшность кожи, частый пульс, появляются и нарастают влажные хрипы в легких, выделяется пенная, иногда с розовым оттенком мокрота. Так протекает астматический вариант ИМ. При аритмическом варианте (2%) ИМ начинается с нарушений сердечного ритма (мерцательная аритмия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, полная поперечная блокада сердца). Церебральная форма ИМ протекает в виде преходящих нарушений мозгового кровообращения: обморока, головокружения, тошноты, рвоты, спутанности сознания, расстройств речи, у пожилых людей часто встречается клинически бессимптомная или малосимптомная форма ИМ, когда боль не отличается от привычного для больного приступа стенокардии, имеются слабость, недомогание. Бессимптомный ИМ обнаруживается случайно по ЭКГ.

**Осложнения ИМ (в первые часы и на 2-3 сутки от начала болезни):** нарушения сердечного ритма, резкое падение артериального давления с потерей сознания, сердечная астма и отек легких. В подостром периоде дополнительно возможен перенос тромба из полости сердца с закупоркой периферических артерий (сильная боль в конечности, бледность кожи, исчезает пульсация сосудов конечности; при закупорке почечных артерий – сильнейшими болями в пояснице, отсутствие мочи, кровь в моче; при закупорке артерий брюшной полости – сильные боли в животе, дегтеобразный кал). Разрыв сердца является смертельным осложнением трансмурального ИМ (обычно между 2-м и 14-м днем после начала болезни). В послеинфарктном периоде развиваются нарушения ритма сердца, хроническая

сердечная недостаточность, синдром Дресслера (повышение температуры тела, боли в области сердца, грудной клетке, суставах, лейкоцитоз и повышением СОЭ). Смерть при ИМ чаще наступает в течение первых 24 ч после появления симптомов заболевания, а более чем в половине случаев смерти – в течение 1-го часа.

**Диагностика.** Диагноз ИМ устанавливают на основании опроса больного, клинических симптомов, изменений ЭКГ, определения активности ферментов крови, данных эхокардиографии миокарда.

**Лечение.** Основными принципами лечения больных с острым ИМ является предотвращение смерти из-за нарушений ритма и ограничение размеров инфаркта. Поскольку наибольшая смертность от аритмий наблюдается в первые несколько часов острого ИМ, эффективность медицинской помощи зависит от того, как быстро больной доставлен в стационар. Основная задержка происходит из-за того, что проходит слишком много времени между возникновением болевого синдрома и принятием больным решения обратиться за медицинской помощью. При подозрении на развитие инфаркта миокарда необходимо срочно вызвать скорую помощь! Важно обеспечить больному покой, дают 1-ю таблетку нитроглицерина под язык для уменьшения боли, контролируя артериальное давление, 2-ю и 3-ю таблетки дают с 5-минутными интервалами, дают разжевать 250-300 мг аспирина (если нет аллергии).

**Профилактика:**

– ежедневная достаточная двигательная активность, которая не должна утомлять больного (отдых должен опережать утомление);

– снижение избыточной массы тела, ограничение в рационе поваренной соли, легкоусвояемых углеводов, животных жиров;

– лечение артериальной гипертонии;  
– отказ от курения, так как никотин способствует увеличению частоты сердечных сокращений, повышает потребность миокарда в кислороде;  
– адекватная лекарственная терапия ишемической болезни сердца (стенокардии)

**Т Ы Ж Ы Р Ы М**

**К. БАДУНОВ**

*Тасқарасу дәрігерлік амбулаториясы, Алматы облысы*

**МИОКАРД ИНФАРКТЫ**

*Миокард инфаркты – көбінесе тәж артериясының тромбозынан туындайтын күттірмейтін күй. Қаза қауіпі әсіресе оның басталуының алғашқы 2 сағатында өте үлкен және емделуші жан сақтау бөлімшесіне түскен уақытта өте жылдам төмендейді және оған тромболитис немесе тәж ангиопластикасы деп аталатын тромбты сұйылту өткізіледі. Ереже бойынша, зақымдану ауданы және тереңдігі бірінші жағдайда үлкен, ал инфарктінің қайта даму қауіпі екіншісінде. Сондықтан, алыс болжам шамамен бірдей.*

**S U M M A R Y**

**K. BAUDUNOV**

*Taskarasu outpatient clinic, Almaty region*

**MYOCARDIAL INFARCTION**

*Myocardial infarction is a medical emergency that is most frequently caused by coronary artery thrombosis. The risk of death is most high during the first 2 hours since its beginning and reduces quickly when a patient admits to intensive care unit and undergoes thrombolysis or coronary angioplasty. As a rule, the area and depth of damage is bigger in the first case, and the risk of recurrent infarction is higher in the second case. Therefore the long-term prognosis is approximately the same.*

УДК 616.12-009.7-07-08-008.6

**А.Д. СЕМБАЕВА<sup>1</sup>, С.А. КАБДУЛДАНОВ<sup>1</sup>, А.М. МУРАТОВА<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №1, г. Алматы

**ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА X**

*Впервые описал наличие типичной стенокардии при неизменных коронарных артериях Н. Кетр в 1973 г. [1]. Для обозначения данного состояния сейчас используются как русскоязычные, так и иноязычные синонимы: кардиалгический (кардиальный) синдром X (syndrome X), стенокардия с поражением сосудов малого диаметра, болезнь малых сосудов (small vessel disease), синдром Джорлина-Лайкоффа (Gorlin-Licoff syndrome), микроваскулярная болезнь и др. Наиболее распространенным и соответствующим современному взгляду на данную проблему можно считать определение «кардиалгический синдром X» [2].*

**Ключевые слова:** коронарные артерии, коронароангиография, гипотеза, патогенез, ишемия миокарда, ЭКГ, диагностика, статины, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, эффективность.

**С**индром X диагностируется у больных типичными загрудинными болями, положительными нагрузочными тестами, ангиографически нормальными эпикардиальными коронарными артериями и отсутствием клинических или ангиографических доказательств наличия спазма коронарных артерий. Кроме того, верификация диагноза у больных предполагает отсутствие системной артериальной гипертонии с гипертрофией левого желудочка и без нее, а также нарушения систолической функции левого желудочка в покое.

Так наблюдения последних лет показывают, что у 10–20% больных с типичной картиной коронарной болезни сердца обнаруживают при обследовании нор-

мальные или неизменные коронарограммы [3]. Этих пациентов относят к кардиальному (кардиологическому или «кардиалгическому») синдрому X, для которого нет, несмотря на многолетний опыт исследований в этой области, универсального определения. При отсутствии изменений в коронарных артериях при ангиографии часто имеется окклюзионная патология дистальных сосудов (микроваскулярная стенокардия). Некоторые авторы используют термин «микроваскулярная стенокардия», подразумевая под этим наличие у больных с типичной стенокардией нормальной коронарограммы и сниженный коронарный резерв. Синдром X относят к одной из клинических форм ИБС, так как понятие «ишемия миокарда»