Инфаркт миокарда – некроз (омертвение) сердечной мышцы в результате остро возникшего и резко выраженного дисбаланса между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Возникновение инфаркта миокарда сопровождается нарушением систолической и диастолической функций сердца, ремоделированием левого желудочка, а также изменением со стороны других органов и систем (легких, из-за увеличения объема внесосудистой жидкости, гипоперфузия головного мозга, увеличивается СОЭ, появляется лейкоцитоз и т. д.).

*КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:*  основная жалоба больных – боль в грудной клетке продолжительностью более 15-20 мин., некупируемая нитроглицерином. Боль локализуется чаще за грудиной, может иррадиировать в обе руки, охватывать одновременно спину, надчревную область, шею и нижнюю челюсть. Наиболее типична сдавливающая, распирающая, жгучая боль. Другими жалобами могут быть одышка, потливость, тошнота, боли в животе, головокружение, эпизоды кратковременной потери сознания, резкое снижение А/Д, внезапно возникшая аритмия.

*ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:* в начальные часы ЧСС составляет 50-60 в мин. с возможной последующей выраженной брадикардией. Постоянная синусовая тахикардия в первые 12-24 часа может свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе (высокая вероятность смертельного исхода). А/Д может быть повышенным, либо повышаться. При аускультации сердца можно обнаружить приглушение I тона, возможно расщепление II тона над легочной артерией, у 20% больных можно выслушать дополнительный III тон, можно также выслушать систолический шум и шум трения перикарда. При возникновении одышки, а тем более отека легких число дыхательных движений может увеличиваться. В нижних отделах легких можно выслушать хрипы. Одними из важнейших признаков инфаркта миокарда являются ЭКГ-признаки.

*ЛЕЧЕНИЕ:*

Обязательна неотложная госпитализация в блок интенсивной терапии.

1. Первостепенным принципом в лечении инфаркта миокарда является аналгезия не только из гуманных соображений, но и потому, что боль способствует активации симпатической нервной системы, вызывающей вазоконстрикцию, ухудшение кровоснабжения миокарда и увеличение нагрузки на сердце. Для купирования боли назначают нитроглицерин перорально в дозе 0,4-0,6 мг. С 5-минутными интервалами до исчезновения боли или появления осложнений в виде сильной головной боли, артериальной гипотензии, тошноты, рвоты. Нитроглицерин противопоказан при инфаркте миокарда правого желудочка (на ЭКГ обычно имеются признаки инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка, клинически определяются набухание шейных вен, отсутствие хрипов в легких и артериальную гипотензию) и при систолическом А\Д ниже 100 мм. рт. ст. Основное ЛС для купирования боли – морфин, вводимый только внутривенно (следует избегать подкожных и внутримыечных инъекций ввиду их неэффективности). Вводят морфин в дозе 2 мг. в\в каждые 15 мин. до купирования болевого синдрома (суммарная доза не более 25-30 мг.) или появления осложнений в виде тошноты, рвоты, брадикардии (ваготонические эффекты), артериальной гипотензии, угнетения дыхания. Артериальную гипотензию и брадикардию обычно устраняют введением атропина (0,5 мг. в\в), а угнетение дыхания – введением налоксона.

При отсутствии эффекта от морфина для купирования болевого синдрома используют внутривенное введение нитроглицерина или ß-адреноблокаторов:

- нитроглицерин вводят болюсно (без разведения) в дозе 12,5-25 мг. в\в, а затем внутривенно капельно со скоростью 10-20 мг. В мин. с увеличением дозы на 5-10 мг каждые 10 мин. до достижения эффекта или появления побочных эффектов. При применении нитроглицерина допускается снижение систолического А/Д более 10 мм рт. ст. у больных с нормальным давлением и более 30 мм рт. ст. у больных с артериальной гипертензией, но не ниже 90 мм рт. ст. Учащение ритма сердца допускается на 10 в мин., но ЧСС не должно превышать 110 в мин.

- ß-адреноблокаторы показаны больным с ИМ для купирования упорного болевого синдрома, особенно при наличии сопутствующей тахикардии и артериальной гипертензии. Обычно назначают метопролол в дозе 5 мг. в\в каждые 2-5 мин. (до суммарной дозы 15 мг.) при сохранении пульса более 60 в мин., сист. А/Д выше 100 мм рт. ст., нормальном интервале P-R (P-Q) и наличии хрипов в легких не выше 10 см от уровня диафрагмы. В последующем метопролол назначают перорально по 50 мг каждые 12 ч., а через сутки при отсутствии осложнений в дозе 100 мг 1 раз\сут.

ß-адреноблокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде, что клинически проявляется уменьшением повторных эпизодов ишемии миокарда, а также повторных инфарктов в течение первых 6 нед., также они дают антиаритмический эффект. Противопоказаниями к назначению ß-адреноблокаторов являются6 ЧСС меньше 60 в мин., сист. А/Д ниже 100 мм рт. ст., признаки сердечной недостаточности, признаки периферической гипоперфузии, наличие АВ-блокады I степени на ЭКГ, обструктивные заболевания легких, сахарный диабет 1 типа.

II.Оксигенотерапия. Адекватная оксигенация крови достигается назначением кислорода через маску или интраназально. Это показано всем больным в течение первых 2-6 часов, т. к. кислород способствует дилатации венечных артерий. В последующем необходимо назначение кислорода при наличии признаков застоя в легких, снижении парциального давления кислорода в артериальной крови.

III. Антиагрегантная терапия. Ацетилсалициловая кислота в дозе 150-300 мг. Препарат принимают ежедневно при отсутствии противопоказаний (язвенная болезнь в острой стадии, нарушения кроветворения, тяжелые заболевания печени, индивидуальная непереносимость).

IV. Тромболитическая терапия. Оптимальным считается начало ее на догоспитальном этапе не позднее 1 часа от начала инфаркта миокарда ( но не позднее 12 часов). Критериями для начала тромболитической терапии считаются: загрудинная боль с изменениями на ЭКГ в виде подъема сегмента ST более 1 мм. в двух и более смежных стандартных отведениях от конечностей,; подъем сегмента ST более 2 мм в двух и более грудных отведениях; обнаружение вновь возникшей блокады левой ножки пучка Гиса. Обычно применяют стрептокиназу (в дозе 1,5 млн ЕД в\в кап. В 100 мл. 0,9% раствора натрия хлорида в течение 30-60 мин. Возможно также применение алтеплазы в дозе 15 мг в\в болюсно, затем 0,75 мг на 1 кг массы тела в течение 30 мин и потом 0,5 мг\кг в течение 60 мин в\в кап до суммарной дозы 100 мг), урокиназу (в дозе 2 млн ЕД в\в болюсно или 1,5 млн ЕД в\в болюсно, а затем 1,5 млн ЕД в\в кап. в течение 1 часа).

Абсолютными противопоказаниями для проведения тромболитической терапии являются: преходящие нарушения мозгового кровообращения в течение предыдущих 6 мес., лечение непрямыми антикоагулянтами, беременность, «непережимаемые инъекции» (длительная кровоточивость после инъекции), травмы при реанимации, систолическое А/Д выше 110 мм рт ст., недавнее лазеролечение по поводу отслойки сетчатки глаза, предшествующее лечение алтеплазой или стрептокиназой.

*ЛЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА:*

При наличии артериальной гипотензии в связи с инфарктом миокарда правого желудочка необходимо обеспечить достаточную преднагрузку на правый желудочек. Это достигается внутривенным введением 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в первые 10 мин., затем 1-2 л в течение последующих нескольких часов и по 200 мл/ч в дальнейшем. Если гемодинамика все же неадекватна, вводят добутамин. Следует избегать уменьшения преднагрузки на сердце (введение, например, опиоидов, нитратов, диуретиков, ингибиторов АПФ). При появлении фибрилляции предсердий необходимо быстро ее купировать, т. к. уменьшение вклада правого предсердия в наполнение правого желудочка является однимиз важных моментов в патогенезе недостаточности правого желудочка. При появлении АВ-блокады необходимо незамедлительное проведение ЭКС.