

© В.Л. Паис, 2013

Инфаркт миокарда



В.Л. Паис,
врач-кардиолог¹

Когда я начала писать эту статью, мне так хотелось придать ей важности и начать с чего-то особенного, но как не крути, а начать придется с правды. А вся правда в том, что неприятности, связанные со здоровьем, никогда не спрашивают нас, когда им появляться, а сваливаются как снег на голову и меняют многое в нашей жизни, если не все. И вообще, только они решают, оставлять ли нам такую роскошь, как жизнь. Жизнь — это дар божий, и бросать его в топку социальных проблем — действительно, не позволительная роскошь.

Мы с вами день за днем ведем привычную и однообразную жизнь: с утра — кофе, дорога на работу, день — как белка в колесе, вечером по дороге домой — час внимания самому себе, друзья, магазины, покупки, а дома — семья, заботы, проблемы, ремонты, кредиты, счета, долги... И так изо дня в день, из года в год на протяжении всей жизни.

Мне как врачу хорошо знакома ситуация, когда человек с головой погружается в пучину житейских проблем, получает ежедневные стрессы, которые закуривает, запивает алкоголем, заедает вредной пищей на ходу, а когда останавливается, то у него перед глазами только потолок больничной палаты. Когда это случается, мы начинаем отматывать пленку событий назад и бить себя кулаками в грудь либо, закусив губу, пускать слезы, но как никогда четко понимаем, что всего этого можно было избежать.

Хочу с уверенностью сказать, что не только можно, а нужно! Пока не поздно! И поверьте моему врачебному опыту (я сталкиваюсь с инфарктом каждый день): кто бы вы ни были, какой бы социальный статус не имели — перед инфарктом все равны! Инфаркт миокарда — это одно из проявлений, а точнее следствие ишемической болезни сердца (ИБС) [1].

Что такое миокард?

Миокард — это мощная «насосная» мышца сердца, именно она страдает при развитии инфаркта, потому что сердце зависит от собственной системы кровоснабжения — коронарных артерий, закупорка которых приводит к ИБС и проявляется приступа-

ми стенокардии [2]. Приступы возникают из-за недостаточного количества кислорода, переносимого кровью, а следовательно, и миокард недостаточно питается кислородом. Так продолжается какое-то время, но наступает момент, когда через суженный просвет сосуда кровь совсем перестает поступать к сердцу, и тогда случается инфаркт миокарда. Причиной закупорки сосуда часто становится тромб, который формируется в сосуде на месте повреждения его атеросклеротической бляшкой.

Общие факторы, влияющие на состояние сердечно-сосудистой системы человека, мы уже рассматривали [3]. Причины и факторы риска, способствующие развитию инфаркта миокарда, аналогичны рассмотренным в статье про ИБС [1], а именно: возраст (мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет), пол (статистика показывает, что мужчины болеют в 5 раз чаще, чем женщины), наследственная предрасположенность (случаи инфарктов, инсультов у ближайших родственников), психологические особенности личности (основную группу риска составляют люди неустойчивые к стрессам), вредные привычки (курение и алкоголь), артериальная гипертензия (частое повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст.), атеросклероз (уплотнение сосуда в результате отложения в его стенке холестерина, при атеросклерозе характерно повышение холестерина в крови больше 5 ммоль/л), неправильное питание (повышенное потребление животных жиров, содержащихся в жирных сортах мяса, внутренних органах животных — в мозге, печени, почках — и яичном желтке, способствует проникновению и накоплению в сосудистой стенке холестерина, который ускоряет образование атеросклеротических бляшек), избыточный вес (при избыточном весе и ожирении в 5 раз повышается опасность возникновения инфаркта миокарда, потому что увеличивается нагрузка на сердце и возрастает риск артериальной гипертензии), гиподинамия (низкая физическая активность, люди, занимающиеся физическими упражнениями, в 3 раза меньше подвержены опасности возникновения инфаркта миокарда).

Клинические проявления (симптомы и признаки) инфаркта миокарда

В 90 % случаев возникает интенсивная боль за грудиной (ангинозная боль). Она носит пекущий, жгучий характер. Больные описывают эти ощущения: «Как раскаленное железо на грудь положили», «Огонь в груди», «Разрывается все внутри, горит». Так может продолжаться от 15 мин до нескольких часов. В это время очень выражена бледность кожи, выступает обильный холодный пот; ощущается нехватка воздуха или одышка; наблюдается учащенное сердцебиение, появляется страх смерти и ужас в глазах. Иногда больные могут жаловаться только на дискомфорт за грудиной, одышку и боль в левой руке.

¹ Виктория Леонидовна Паис является автором интернет-проекта «Слушай, о чем говорит твое сердце!», www.infarcty.net.

Инфаркт миокарда может протекать безболезненно, что присуще больным сахарным диабетом, поскольку у них снижен болевой порог из-за нарушения чувствительности. Нередко единственный симптом инфаркта миокарда — внезапная остановка сердца.

Стадии инфаркта миокарда: острая — от нескольких часов до трех суток, подострая — от одного до трех месяцев, рубцевания — от трех месяцев до года.

Симптомы инфаркта миокарда могут носить атипичный (не похожий на обычный) характер. Такая клиническая картина затрудняет диагностику. Различают следующие атипичные формы инфаркта миокарда: абдоминальная — симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой, т.е. могут напоминать симптомы острого панкреатита; астматическая — симптомы инфаркта миокарда представлены нарастающей одышкой, напоминают приступ бронхиальной астмы; безболевая — наблюдается редко; церебральная — симптомы инфаркта миокарда представлены головокружением, нарушениями сознания, неврологическими симптомами. Атипичный болевой синдром при инфаркте может быть представлен болями, локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти. Такие ситуации отнимают много времени, которое так драгоценно именно в первые часы приступа, когда больному необходимо оказать самую главную и жизненно важную помощь, от которой будет зависеть его жизнь, течение заболевания и прогноз на выздоровление.

Невольно всплывает в памяти случай, когда в приемное отделение привезли мужчину 45 лет. Он жаловался на боль в животе, тошноту и рвоту, был очень бледный, и по нему пот катился градом. Его осмотрел хирург, сначала все мысли были направлены на возможное желудочное кровотечение, поскольку пациент сказал, что много лет страдает язвенной болезнью желудка. И только спустя какое-то время, после проведения всех анализов и снятия кардиограммы, выяснилось, что у больного обширный инфаркт миокарда с нетипичной локализацией боли (не в груди, а в животе — абдоминальная форма инфаркта). Мужчину сразу же отвезли в реанимацию, где ему оказали помощь. Вот так бывает — болит живот, а проблема в сердце.

Иногда инфаркт миокарда прячется под маской бронхиальной астмы и по своим проявлениям очень напоминает приступ астмы с сильной одышкой и одышкой.

Боль при инфаркте может находиться не в груди, а в левой руке, плече, нижней челюсти и даже имитировать зубную боль [2].

Не часто, но встречаются случаи, когда человек с инфарктом абсолютно не чувствует боли или переносит инфаркт «на ногах». Он узнает о том, что у него проблема с сердцем, только сделав кардиограмму, либо это обнаруживается абсолютно случайно при медицинском осмотре в поликлинике. Такие безбольные формы инфаркта миокарда, как уже отмеча-

лось, бывают у больных диабетом. Это очень опасно! Боль дана человеку природой как сигнал о «неполадке механизма». Если бы мы не чувствовали боли, то болезни «съели бы нас заживо». Так вот, если при инфаркте миокарда, не чувствуя боли, вести привычный образ жизни и не лечиться, то можно умереть!

Не редки случаи, когда инфаркт скрывается под видом головокружения с потерей сознания, что сразу наводит врача на мысль о возможных проблемах с сосудами головного мозга. Но как бы инфаркт миокарда не скрывался, какие бы маски не примерял, опытному врачу не составит труда сориентироваться в сложной ситуации, вовремя распознать болезнь и назначить правильное лечение.

Осложнения инфаркта миокарда

Экстрасистолия — внеочередные сокращения сердца, которые могут привести к более серьезным нарушениям ритма, вплоть до остановки сердца.

Мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий) — нарушение сердечного ритма, сопровождающееся увеличением частоты сердечных сокращений до 350–700 в минуту. При этом ритм сердца абсолютно беспорядочный и нет возможности точно подсчитать пульс. При инфаркте миокарда и наличии внутрисердечных тромбов мерцательная аритмия выступает мощным провокатором развития тромбоэмболии в различных органах. При мерцательной аритмии из сердца с током крови тромбы могут попадать в сосуды головного мозга и вызывать инсульт. Каждый седьмой инсульт развивается у пациентов с мерцательной аритмией.

Фибрилляция желудочков сердца — очень тяжелое состояние, при котором сердце сокращается хаотично, несвязно и по существу вообще не имеет никакого ритма. Первичная фибрилляция желудочков развивается в течение 24–48 ч от начала инфаркта миокарда и приводит к смерти. В первые 4 ч от начала инфаркта развивается 60 % фибрилляций, в течение 12 ч — 85 %. Вторичная фибрилляция желудочков происходит на фоне кардиогенного шока (резкое снижение сократительной функции сердца и падение давления в результате его повреждения) при инфаркте миокарда и также может закончиться смертью пациента. Поздняя фибрилляция желудочков возникает после 48 ч от начала инфаркта миокарда (обычно на второй-шестой неделе заболевания). Смертность от поздней фибрилляции на фоне инфаркта составляет более 60 %.

Фибрилляция желудочков сердца всегда возникает внезапно. Через 3 с после начала фибрилляции появляется головокружение, слабость, через 15 с больной теряет сознание, еще через 30 с развиваются характерные судороги, непроизвольное мочеиспускание и шумное хрипящее дыхание, через 45 с расширяются зрачки и наступает клиническая смерть. В этой фазе необходима электрическая дефибрилляция (разрядом электрического тока), и чем раньше она будет проведена, тем лучше будет прогноз для больного.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность — отек легких, кардиогенный шок, аритмогенный шок, разрыв сердца.

Острая аневризма сердца — выпячивание в виде мешка участка стенки сердца (левого желудочка). Наиболее часто аневризма формируется на передней стенке левого желудочка, на межжелудочковой перегородке и задней стенке левого желудочка сердца. Аневризма может разорваться в течение первых двух недель инфаркта миокарда, и это приведет к мгновенной смерти больного.

Ранняя постинфарктная стенокардия — приступы стенокардии, проявляющиеся сразу же после инфаркта миокарда (в первые дни) либо когда больному разрешили вставать и ходить. Ранняя постинфарктная стенокардия часто провоцирует повторный инфаркт. Она — прогностически неблагоприятный признак, потому что часто приводит к нарушению ритма сердца, нарушает заживление (рубцевание) инфаркта, повышает вероятность возникновения других осложнений, вплоть до остановки сердца.

Диагностика инфаркта миокарда.

Лабораторные методы определения инфаркта миокарда

Лабораторные методы — это исследования крови, подтверждающие наличие признаков инфаркта миокарда: очага повреждения (инфаркта миокарда), его обширность (площадь повреждения миокарда), воспалительной реакции в сердечной мышце. Какие показатели крови за это отвечают?

Лейкоцитоз — это повышение количества кровяных телец (лейкоцитов) в общем анализе крови. При инфаркте миокарда лейкоцитоз — показатель воспалительной реакции в миокарде, которая начинается с первых суток от начала инфаркта миокарда и держится от трех до пяти суток. Если лейкоцитоз и повышение температуры тела сохраняются более пяти дней у больных с инфарктом миокарда, то это свидетельствует о развитии осложнений инфаркта (пневмония, формирование аневризмы сердца, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии). Лейкоцитоз может быть проявлением постинфарктного синдрома Дресслера, который развивается на второй-шестой неделе от начала инфаркта миокарда.

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — реакция крови на воспаление. Чем больше воспаление, тем больше СОЭ. При инфаркте СОЭ повышается через три-пять дней от начала инфаркта и сохраняется в течение двух-трех недель. Если инфаркт не глубокий и не обширный, то эти показатели могут отсутствовать. Они не являются специфическими показателями, поскольку появляются не только при инфаркте, а практически при всех острых воспалительных процессах в организме (грипп, ангина, пневмония, аппендицит, фурункул, ожоги и др.).

Определение маркеров инфаркта миокарда в крови

Это анализ крови на инфаркт. Данный метод в настоящее время наиболее достоверно показывает

наличие инфаркта миокарда. Берут 3–5 мл крови из вены больного и определяют наличие в крови маркеров инфаркта — мельчайших частичек сердечной мышцы, попадающих в кровь при повреждении миокарда. Во время инфаркта миокарда повреждается мышца сердца (миокард) и ее мельчайшие частички (маркеры инфаркта) попадают в кровь. В норме этих частичек в крови нет, а при инфаркте миокарда они появляются. По их наличию и количеству можно определить есть ли инфаркт, его стадию, а также отличить свежий инфаркт от рубцовых изменений после ранее перенесенного инфаркта.

Тропонин — наиболее чувствительный и достоверный маркер инфаркта миокарда. Тропонин выделяется в кровь уже в первые часы от начала инфаркта и присутствует там на протяжении полутора-двух недель. Его присутствие помогает четко отличить острый инфаркт миокарда от приступа стенокардии.

Миоглобин — малоспецифичный показатель, ибо он может повышаться в крови как при инфаркте, так и при других заболеваниях и состояниях организма (при сильной физической нагрузке, почечной недостаточности, алкоголизме). При инфаркте миокарда количество миоглобина повышается через два часа после приступа и держится до двух суток.

Присутствие и повышение в крови этих показателей — не диагноз, а один из методов диагностики инфаркта миокарда. Наличие тропонина в крови — составляющая основного диагноза, который устанавливает только врач, основываясь на состоянии больного, его жалобах, данных ЭКГ и других дополнительных исследований.

МВ-КФК (МВ-фракция креатинфосфокиназа) — это ферменты (вещества), содержащиеся в клетках миокарда. При инфаркте они вымываются из клеток сердечной мышцы и попадают в кровь. МВ-КФК появляется в крови через 4 ч от начала инфаркта, достигает максимума к 18 ч и через 72 ч уже возвращается к норме. Это волнообразное повышение говорит об остром периоде инфаркта миокарда. Повышение МВ-КФК напрямую зависит от площади повреждения сердечной мышцы: чем больше инфаркт, тем выше показания этого фермента.

ЛДГ (лактатдегидрогеназа) — тоже фермент, но он не так чутко реагирует на повреждение миокарда. Его повышение происходит медленнее (на третьи сутки), а возвращается он в норму на второй неделе от начала инфаркта миокарда. ЛДГ — не специфичный показатель при инфаркте миокарда, поскольку может повышаться при таких состояниях, как тромбоэмболия легочной артерии, хроническая сердечная недостаточность, а также после хирургических вмешательств.

АсАт (аспарагинаминотрансфераза) — это быстро реагирующий фермент, он повышается уже в первые сутки инфаркта миокарда и возвращается к норме в конце первой недели инфаркта миокарда.

Самый чувствительный и достоверный маркер инфаркта миокарда в крови — тропонин (бывает I и T). Он появляется через два часа после инфаркта и находится в крови до двух недель.

Исследования МВ-КФК нужно проводить в первые двое суток, АсАт — на четвертые-шестые сутки от начала инфаркта миокарда.

Отсутствие этих ферментов в крови — не показатель отсутствия инфаркта миокарда, поскольку диагноз основывается на комплексе клинической картины, изменений на ЭКГ и данных других дополнительных исследований.

Внимание! Ни один метод исследования при инфаркте миокарда не является диагнозом! Врач может поставить диагноз инфаркта миокарда только в комплексе с другими исследованиями сердца.

Инструментальные методы диагностики инфаркта миокарда

ЭКГ (электрокардиограмма) — с ее помощью определяют: наличие инфаркта, в каком отделе сердца произошел инфаркт, его размеры и сроки (когда случился), динамику рубцевания (заживления), наличие рубцов от перенесенных инфарктов.

ЭХОКГ (эхокардиография), или УЗИ сердца, — позволяет оценить сократительную способность сердечной мышцы, зону гипокинезии (плохо сокращающийся участок сердечной мышцы вследствие инфаркта), увидеть формирующуюся аневризму сердечной мышцы (осложнение инфаркта миокарда).

Лечение инфаркта миокарда

Лечение инфаркта миокарда проводится строго в условиях стационара! В зависимости от тяжести состояния больного и времени возникновения инфаркта миокарда (часы, дни) больного обязательно госпитализируют в реанимационное отделение (для проведения интенсивной терапии) либо в инфарктное отделение. Строгий постельный режим назначают на первые трое суток. В дальнейшем, учитывая состояние больного, режим расширяют до палатного (разрешают передвигаться в пределах палаты), после стабилизации состояния здоровья, подтвержденной положительной динамикой ЭКГ, режим становится общим.

Медикаментозное лечение инфаркта миокарда аналогично медикаментозной терапии стенокардии [2] и включает: наркотические анальгетики, ингаляции кислорода, антикоагулянтную терапию, антиагрегантную терапию, нитраты, бета-адреноблокаторы ингибиторы АПФ (ангиотензин превращающего фермента), диуретики (мочегонные препараты), статины, метаболические препараты. В дополнение к перечисленному — тромболитическую терапию (тромболизис).

Тромболизис — процедура внутривенного введения лекарственного вещества, растворяющего тромб в сосуде, который и стал непосредственной причиной инфаркта. Проводится для того, чтобы

восстановить нормальное кровообращение в сердце и участок сердечной мышцы (миокарда), который пострадал. Тромболизис делают в первые 6 ч от начала развития инфаркта миокарда — пока тромб «свежий». Для этого используют препараты стрептокиназа, урокиназа и альтеплаза.

А также проводят противоаритмическую терапию, которую назначают больным, страдавшим нарушением ритма сердца (аритмией) до инфаркта миокарда, и с профилактической целью больным с инфарктом, ранее не страдавшим аритмией, поскольку сердцу, поврежденному инфарктом, труднее сокращаться и оно может «сбиться с ритма» — возникнет аритмия. Аритмия — частое и неблагоприятное осложнение инфаркта миокарда. Для лечения и профилактики практически всех видов аритмии наиболее часто используют хорошо зарекомендовавший себя препарат — амиодарон (кордарон). Первые две недели после возникновения (или для профилактики) аритмии кордарон принимают внутрь для насыщения сердца, а затем снижают дозу до поддерживающей и продолжают принимать в дальнейшем. При назначении кордарона в целях профилактики дозу снижают постепенно, а затем препарат отменяют.

Хирургическое лечение инфаркта миокарда

Перед тем, как применять хирургические виды лечения, обязательно проведение диагностической коронарографии. По полученной информации о пораженном участке сосуда сердца доктор определяет характер поражения, объем операции и выбирает подходящую в данном случае методику хирургического лечения: ангиопластику коронарных сосудов, стентирование сосудов сердца либо аортокоронарное шунтирование. С этими методиками хирургического лечения мы уже знакомы [2]. Метод аортокоронарного шунтирования на сегодняшний день является самым эффективным в лечении ИБС. Однако стоит помнить, что современные методы лечения не отменяют профилактики и внимательного отношения к своему сердцу и здоровью в целом.

Внимание! Вся информация в статье представлена исключительно в ознакомительных целях и не может быть принята как руководство к самолечению. Лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы требует консультации кардиолога, тщательного обследования, назначения соответствующего лечения и последующего контроля за проводимой терапией.

Будьте здоровы! Берегите себя и своих близких!

Список литературы

1. Паус В.Л. Ишемическая болезнь сердца// Безопасность труда в промышленности. — 2013. — № 5. — С. 92–95.
2. Паус В.Л. Стенокардия// Безопасность труда в промышленности. — 2013. — № 6. — С. 92–95.
3. Паус В.Л. Что полезно для сердца, а что вредно?// Безопасность труда в промышленности. — 2013. — № 4. — С. 82–84.

infarkty.net@gmail.com