

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАЛАКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Инфаркт миокарда

Работу выполнил

Студент 122 групп ФО. Отд.

Болотин Роман Владимирович

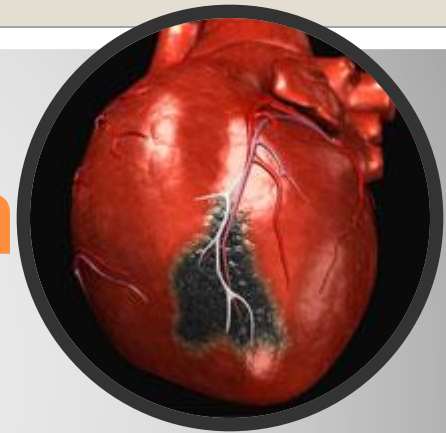
Проверил:

преподаватель дисциплины

Лечение пациентов терапевтического профиля

Гуськова Тамара Ивановна

Инфаркт миокарда



Инфаркт миокарда - это тяжелое заболевание, характеризующееся гибелью части сократительных клеток миокарда с последующим замещением погибших (некротизированных) клеток грубой соединительной тканью (т.е. формированием постинфарктного рубца).

Гибель клеток (некроз) происходит в результате продолжающейся ишемии миокарда и развитием необратимых изменений в клетках вследствие нарушения их метаболизма.

Наиболее общая классификация миокарда подразумевает выделение крупно- и мелкоочагового инфаркта (по размерам очагового поражения), различных вариантов локализации некротического очага инфаркта миокарда (обычно говорят - локализация инфаркта миокарда), а также острого, подострого периодов и периода рубцевания (по времени и стадиям течения).

Кроме этого, выделяют еще несколько критериев, по которым также проводится классификационное выделение различных форм инфаркта, но все это мы рассмотрим подробнее по ходу обсуждения. Пока же нам нужно определиться с общими закономерностями возникновения и течения инфаркта миокарда.

Лечение инфаркта Миокарда

Две задачи:

1. Профилактика осложнений.
2. Ограничение зоны инфаркта.

Необходимо, чтобы лечебная практика соответствовала периоду заболевания.

1. Предынфарктный период. Главная цель лечения в этот период - предупредить возникновение инфаркта миокарда:

- постельный режим (до тех пор, пока есть признаки нарастания коронарной недостаточности);
- прямые антикоагулянты:
- гепарин, можно вводить в/в, но чаще применяют п/к по 5-10 тыс. ЕД через каждые 4-6 часов.

- антиаритмические средства:

- глюкоза 5% 200-500 мл
 - хлорид калия 10% - 30,0
 - сульфат магния 25% - 20,0
 - инсулин 4-12 ЕД
 - кокарбоксилаза 100 мг
 - бета-адреноблокаторы /Anaprillini 0,04;
 - нитраты пролонгированного действия (Sustak-forte)
- иногда проводят экстренную реваскуляризацию миокарда



Лечение инфаркта Миокарда

2. Острейший период. Основная цель лечения - ограничить зону повреждения миокарда. Снятие болевого синдрома: начинать правильнее с нейролептанальгезии, а не с наркотиков, т.к. при этом меньше осложнений; фентанил 1-2 мл в/в на глюкозе /0,005% 2 мл; дроперидол 2,0 мл 0,25% 2 мл на 40 мл 5% р-ра глюкозы; таламонал (содержит в 1 мл 0,05 мг фентанила и 2,5 мг дроперидола) 2-4 мл в/в струйно. Аналгетический эффект наступает немедленно после в/в введения (у 60% больных) и сохраняется 30 мин.

Фентанил, в отличие от опиатов, очень редко угнетает дыхательный центр. После нейролептанальгезии сознание быстро восстанавливается. Не нарушается кишечная перистальтика и мочеотделение. Нельзя сочетать с опиатами и барбитуратами, т.к. возможно потенцирование побочных эффектов

При неполном эффекте повторно вводят через 60 мин. морфин 1% 1,5 п/к или в/в струйно; омнопон 2% - 1,0 п/к или в/в; промедол 1% - 1,0 п/к.

Побочные явления препаратов группы морфина:

а) угнетение дыхательного центра - налорфин 1-2 мл в/в.

б) снижение рН крови и индуцирование синдрома электрической нестабильности сердца;

в) способствует депонированию крови, снижению венозного возврата, приводя к относительной гиповолемии;

г) мощное ваготропное действие - усугубляется брадикардия, может быть тошнота, рвота, угнетение перистальтики кишечника и парез мускулатуры мочевого пузыря.

В связи с возможностью указанных осложнений применение морфинов и его аналогов при инфаркте миокарда должно быть сведено к минимуму.

Лечение инфаркта Миокарда

Для усиления обезболивающего эффекта, снятия тревоги, беспокойства, возбуждения:

- анальгин 50% - 2,0 в/м или в/в;
- димедрол 1% - 1,0 в/м (седативный эффект) + аминазин 2,5% - 1,0 в/м в/в (потенцирование наркотиков). Кроме того, аминазин оказывает гипотензивное действие, поэтому при нормальном или пониженном давлении вводят только димедрол. Аминазин может вызывать тахикардию.

При локализации инфаркта на задней стенке левого желудочка болевой синдром сопровождается брадикардией - ввести холинолитик: атропина сульфат 0,1% - 1,0 (при тахикардии не вводить!).

Возникновение инфаркта часто связано с тромбозом коронарных артерий, поэтому необходимо введение антикоагулянтов, которые особенно эффективны в первые минуты и часы заболевания. Они также ограничивают зону инфаркта + обезболивающий эффект.

Дополнительно: гепарин 10-15 тыс. (около 2 мл), в 1 мл - 5 тыс.ЕД; фибринолизин 6 тыс. в/в кап.; стрептаза 250 тыс. на физ. р-ре в/в кап.

Гепарин вводят в течение 5-7 дней под контролем свертывающей системы крови, вводят 4-6 раз в сутки (т.к. длительность действия 6 час.), лучше в/в. Также повторно вводится фибринолизин в течение 1-2 сут. (т.е. только в течение 1-го периода).

Острый период инфаркта миокарда.

Цель лечения в острый период - предупреждение осложнений. При неосложненном инфаркте миокарда со 2-3 дня начинают ЛФК. Отменяют фибринолизин (на 1-2 день), но гепарин оставляют до 5-7 дней под контролем времени свертывания. За 2-3 дня до отмены гепарина назначают антикоагулянты непрямого действия; при этом обязателен контроль протромбина 2 раза в неделю, рекомендуется снижать протромбин до 50%. Исследуется моча на эритроциты (микрогематурия). Фенилин (список А) 0,03 по 3 раза в день, отличается от других препаратов быстрым эффектом: 8 часов. Неодикумарин таб. 0,05 в 1 день по 4 т. 3 раза, на 2-й день 3 т. 3 раза и далее по 0,1-0,2 в сутки индивидуально. Фепромарон таб. 0,005 (0,001) Синкумар таб. 0,004 (0,002) Нитрофарин таб. 0,005 Омефин таб. 0,05 Дикумарин таб. 0,01.

Показания к назначению антикоагулянтов непрямого действия:

- 1) Аритмии.
- 2) Трансмуральный инфаркт (почти всегда есть коронаротромбоз).
- 3) У тучных больных.
- 4) На фоне сердечной недостаточности.

Противопоказания к назначению антикоагулянтов непрямого действия:

- 1) Геморрагические осложнения, диатезы, склонность к кровотечениям.
- 2) Заболевания печени (гепатит, цирроз).
- 3) Почечная недостаточность, гематурия.
- 4) Язвенная болезнь.
- 5) Перикардит и острая аневризма сердца.
- 6) Высокая артериальная гипертензия.
- 7) Подострый септический эндокардит.
- 8) Авитаминозы А и С.

Цель назначения не прямых антикоагулянтов - предупреждение повторного гиперкоагуляционного синдрома после отмены прямых антикоагулянтов и фибринолитических средств, создание гипокоагуляции с целью профилактики повторных инфарктов миокарда или рецидивов, предупреждение тромбоэмболических осложнений.

В остром периоде инфаркта миокарда наблюдаются два пика нарушения ритма - в начале и конце этого периода. Для профилактики и лечения дают антиаритмические средства: поляризующую смесь и другие препараты. По показаниям назначают преднизолон.

Больным, которые перенесли инфаркт сердечной мышцы, рекомендуется использовать:

- 1) антиагреганты;
- 2) бета-адреноблокаторы;
- 3) ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающего фермента);
- 4) статины.

1) Антиагреганты - это лекарства, которые препятствуют образованию сгустка крови или тромба в венечных артериях (они делают кровь более жидкой):

- **ацетилсалициловая кислота** (аспирин, желательно в оболочке, защищающей слизистую желудка).

Ежедневным потреблением ацетилсалициловой кислоты или аспирина можно значительно уменьшить риск возникновения инфаркта сердечной мышцы. Поэтому аспирин используется у всех больных ишемической болезнью сердца (если не возникает жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта). Аспирин нужно принимать **каждый день в малой дозе** - 75-150 мг (так называемая малая доза или сердечный аспирин). **После установки стента врач может временно порекомендовать большие дозы.**

- **клопидогрел или тиклопидин.**

Эти лекарства также уменьшают риск образования сгустка крови в месте стента и закупорку стента. Их следует принимать, если венечная артерия в сердце расширена и для поддержки венечной артерии установлен стент. В этом случае врач выпишет Вам одно из этих лекарств.

Длительность курса лечения зависит от стента, и ее уточнит Вам лечащий врач.

Клопидогрел или тиклопидин используются обычно вместе с аспирином для того, чтобы получить лучший результат

2) Бета-адреноблокаторы:

- **метопролол** (Эгилок, метопролол назначаются 2 раза в день). Более надежно защищает сердце метопролол в форме суточного действия - Эгилок ретард. Его можно применять 1 раз в день независимо от приема пищи, в отличие от всех остальных препаратов метопролола;
- **пропранолол** (анаприлин). Этот бета-блокатор также доказал свойство снижать риск смерти после инфаркта миокарда, однако необходимость приема 3-4 раза в сутки и множество побочных действий сделали его препаратом «второй очереди»;
- **карведилол** (Дилатренд, Таллитон).

Бета-адреноблокаторы являются чрезвычайно важными лекарствами после перенесенного инфаркта сердечной мышцы, которые **уменьшают возможность возникновения нового инфаркта миокарда и снижают риск смерти.**

3) Ингибиторы АПФ - это лекарства, которые улучшают работоспособность сердца, снижают артериальное давление и тормозят возникновение или углубление сердечной недостаточности:

- **каптоприл;**
- **эналаприл;**
- **фозиноприл;**
- **периндоприл;**
- **рамприл** (Тритаце, Хартил). Именно этот представитель группы ингибиторов АПФ впервые был рекомендован не только для лечения уже возникшей сердечной недостаточности, но и для предупреждения повторного инфаркта миокарда. Он также вошел в международные и отечественные рекомендации по лечению стабильной стенокардии как препарат, способный снизить риск возникновения инфаркта.

4) Статины - лекарства, которые нормализуют уровень жиров крови, в первую очередь уровень холестерина, замедляют развитие атеросклероза и уменьшают риск повторного инфаркта и смерти:

- **правастатин;**
- **аторвастатин.**

Прежде в традиционную схему лечения входили и **нитропрепараты**, которые помогают предупредить возникновение стенокардии. В настоящее время использование этой группы лекарств не считается необходимым у всех больных, и больше внимания уделяется быстрому направлению пациентов со стенокардическими жалобами на коронароангиографию, для того чтобы уточнить лучший способ лечения.

В некоторых случаях нитропрепараты используются в лечении сердечной недостаточности в комбинации с другими лекарствами или у больных, которым невозможно уменьшить жалобы современными методами.



1. Кардиогенный шок.

а) *Рефлекторный (связан с болевым синдромом).*

Необходимо повторное введение анальгетиков: Морфин 1% 1,5 мл п/к или в/в струйно. Анальгин 50% 2 мл в/м, в/в. Таломонал 2-4 мл в/в струйно.

Сосудотонизирующие средства: Кордиамин 1-4 мл в/в (фл. по 10 мл); Мезатон 1% 1,0 п/к, в/в, на физ.растворе; Норадреналин 0,2% 1,0 в/в; Ангиотензинамид 1 мг в/в капельно.

б) *Истинный кардиогенный шок.*

Повышение сократительной деятельности миокарда: Строфантин 0,05% 0,5-0,75 в/в медленно на 20,0 изотонического раствора. Коргликон 0,06% 1,0 в/в, также на изотоническом растворе или на поляризующей смеси. Глюкагон 2-4 мг в/в капельно на поляризующем растворе. Имеет значительное преимущество перед глюкозидами: обладая, как и гликозиды, положительным инотропным действием, в отличие от них не оказывает аритмогенного действия. Может быть использован при передозировке сердечных гликозидов. Обязательно вводить на поляризующей смеси или вместе с другими препаратами калия, так как он вызывает гипокалиемию.

Нормализация АД: Норадреналин 0,2% 2-4 мл на 1 л 5% р-ра глюкозы или изотонического раствора. АД поддерживается на уровне 100 мм рт.ст. Мезатон 1% 1,0 в/в; кордиамин 2-4 мл; Гипертензинамид 2,5-5 мг на 250 мл 5% глюкозы в/в капельно, под обязательным контролем АД, так как обладает резко выраженным прессорным действием.

При нестойком эффекте от вышеуказанных препаратов: Гидрокортизон 200 мг, Преднизолон 100 мг. Вводить на физиологическом растворе.

Нормализация реологических свойств крови (так как обязательно образуются микрососудистые тромбы, нарушается микроциркуляция). Применяют в

I. Кардиогенный шок.

Устранение гиповолемии, так как происходит пропотевание жидкой части крови: реополиглюкин, полиглюкин - в объеме до 100 мл со скоростью 50,0 в мин.

Коррекция кислотно-щелочного равновесия (борьба с ацидозом): натрия бикарбонат 5% до 200,0; натрия лактат.

Повторное введение обезболивающих средств. Восстановление нарушений ритма и проводимости. Также иногда используют аортальную контрапульсацию - один из видов вспомогательного кровообращения, операцию иссечения зоны некроза в остром периоде, гипербарическую оксигенацию.

II. Атония желудка и кишечника. Связаны с введением больших доз атропина, наркотических анальгетиков и с нарушением микроциркуляции. Для ликвидации необходимы: промывание желудка через тонкий зонд с использованием раствора соды; постановка газоотводной трубки; введение в/в гипертонического раствора NaCl 10% 10,0; паранефральная новокаиновая блокада. Эффективен прозерин 0,05% 1,0 п/к.

III. Постинфарктный синдром. Это - осложнение аутоиммунной природы, поэтому дифференциально-диагностическим и лечебным средством является назначение глюкокортикоидов, которые дают при этом отличный эффект. Преднизолон 30 мг (6 таб.), лечить до исчезновения проявлений заболевания, затем дозу очень медленно снижать в течение 6 недель - поддерживающая терапия по 1 таб. в день. При такой схеме лечения рецидивов не бывает. Также десенсибилизирующая терапия.