



<http://vk.com/club2142745>



ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава РФ

Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

доцент НИКОЛАЕВ Николай Анатольевич

г. Омск, 14 сентября 2016 года

**Восходящая
аорта**

Правая венечная артерия

Идет по предсердно-желудочковой борозде и снабжает кровью правое предсердие, правый желудочек и часть левого желудочка

Левая венечная артерия

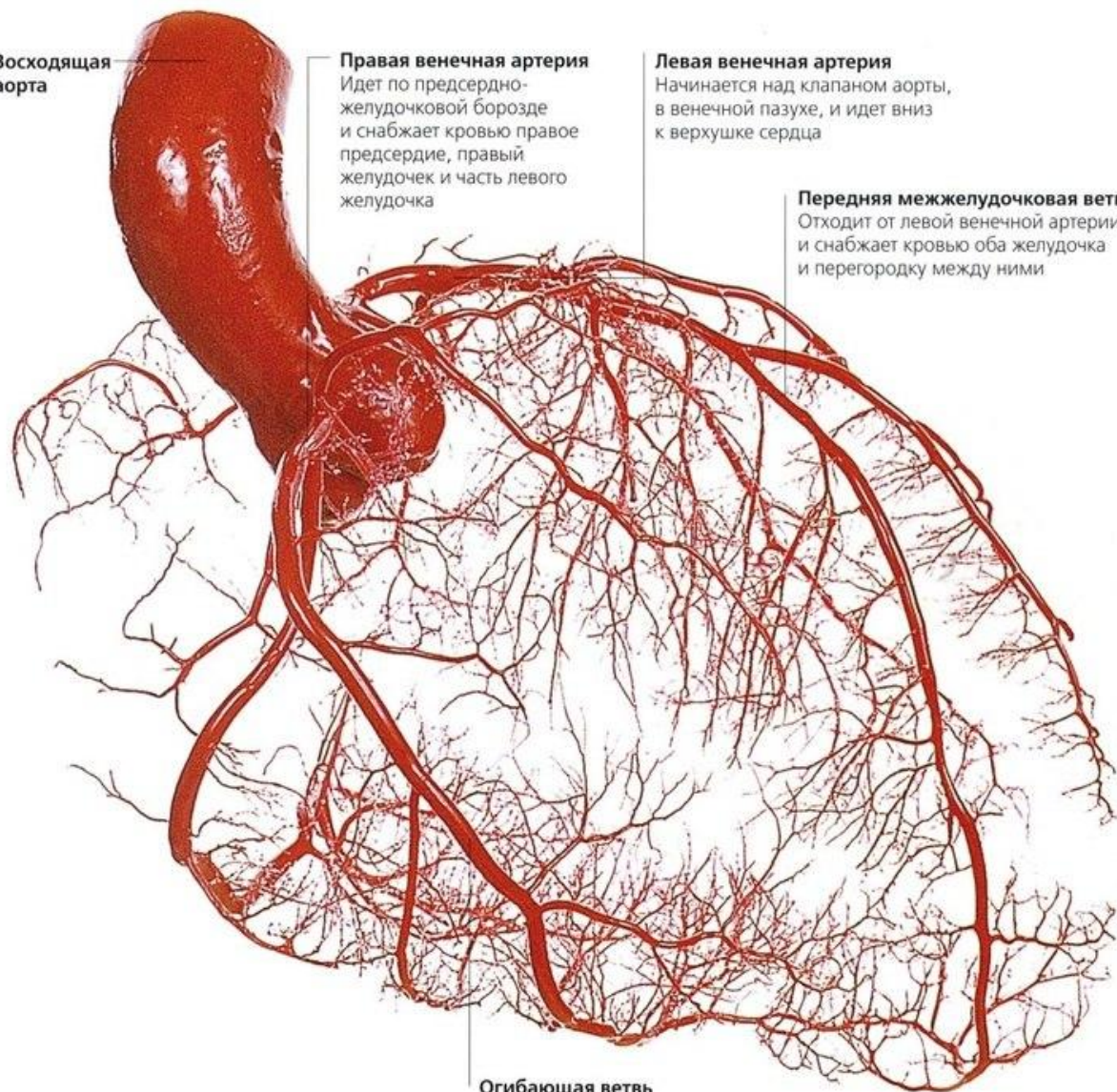
Начинается над клапаном аорты, в венечной пазухе, и идет вниз к вершшке сердца

Передняя межжелудочковая ветвь

Отходит от левой венечной артерии и снабжает кровью оба желудочка и перегородку между ними

Огибающая ветвь

Идет к вершшке сердца, снабжая кровью правую границу и прилежащие области



ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Осложнения острого периода ИМ:

1. нарушения ритма и проводимости;
2. отек легких;
3. кардиогенный шок;
4. острая аневризма сердца;
5. разрыв сердца;
6. перикардит;
7. тромбэмболические осложнения;
8. острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Осложнения в подостром периоде ИМ:

1. нарушения ритма и проводимости;
2. сердечная недостаточность;
3. аневризма сердца;
4. тромбоэмболические осложнения;
5. постинфарктный синдром (синдром Дресслера);
6. постинфарктная стенокардия.

Поздние осложнения инфаркта миокарда:

1. постинфарктный кардиосклероз;
2. нарушения ритма, проводимости, сократимости миокарда;
3. нарушения психики.

Острая сердечная недостаточность

Классификация ОСН (Killip, 1997)

I Класс – бессимптомная левожелудочковая дисфункция (летальность 6 %);

II Класс – наличие хрипов, которые выслушиваются на площади не менее 50% легочных полей, ритм «галопа» (летальность 17 %);

III Класс – **отек легких** (возникает у 10% больных, смертность до 40%);

IV Класс – **кардиогенный шок** (возникает у 20% больных, смертность до 90%).

Отек легких

Характеризуется накоплением внесосудистой жидкости в лёгких вследствие увеличения разницы между **гидростатическим и коллоидно-осмотическим** давлениями в легочных капиллярах.

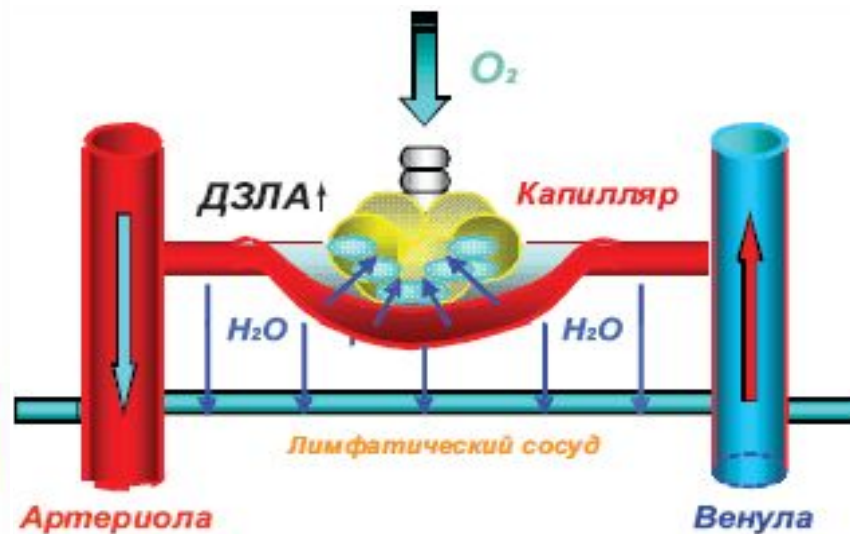
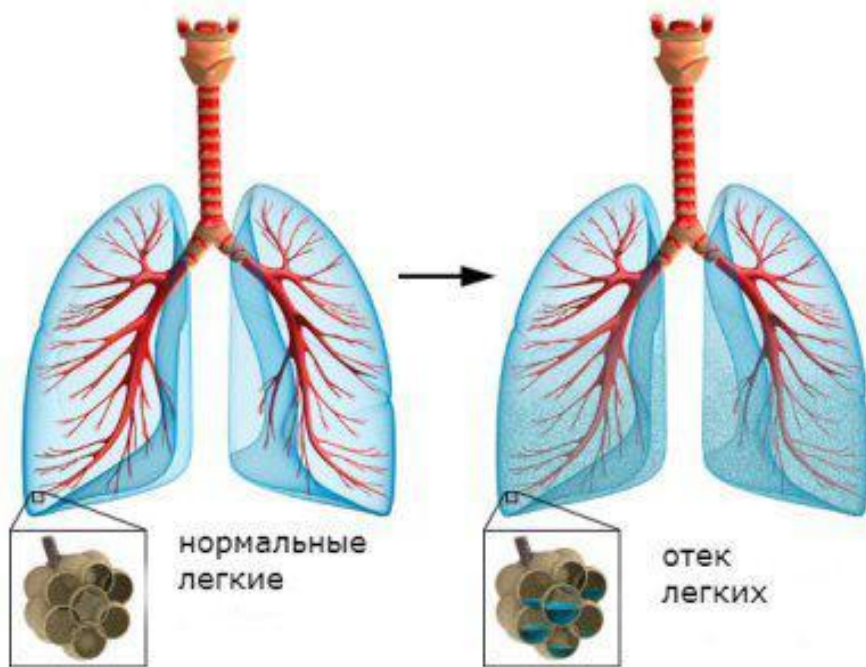


Рис. 1. Механизм «наводнения легкого» при острой сердечной недостаточности

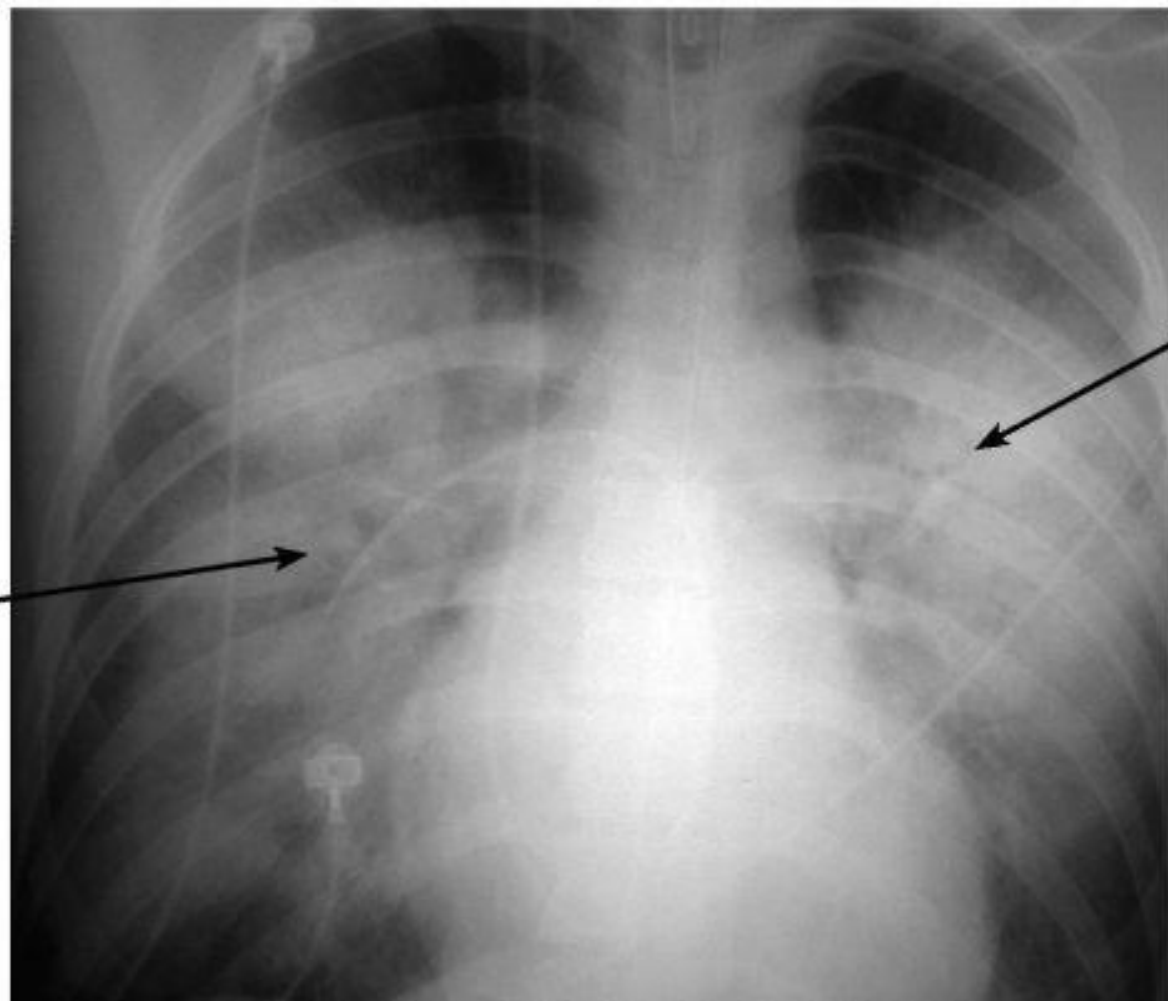
Отек легких: клинические признаки

- положение **ортопноэ**;
- одышка в состоянии покоя;
- внезапно возникшее чувство резкой нехватки воздуха (приступы мучительного **удушья**);
- кашель с дистанционными хрипами, выделением **пенистой мокроты розового цвета**;
- бледность или цианоз кожного покрова и слизистых;
- **возбуждение** больного, страх смерти, спутанность сознания;
- набухшие, пульсирующие вены шеи;
- при перкуссии будет отмечаться **притупление звука** над областью легких;
- при аускультации **жесткое дыхание**, сухие или влажные, разнокалиберные **хрипы**;

Отек легких: инструментальные признаки

Инструментальные признаки:

Рентгенография:
линии Керли
(тип В) при
интерстициальном
отеке,
симптом
«крыльев бабочки»
или диффузные
очагово-сливные
изменения
при альвеолярном
отёке.



Отек легких: принципы терапии

- Увлажненный кислород (2-6 л/мин);
- **Фуросемид** 20-80 мг в/в, при необходимости – повторное введение с 1-4 ч интервалами;
- Антагонисты альдостерона – при отсутствии почечной недостаточности и гиперкалиемии.
- **Морфин** (1мл 2% р-ра в/в струйно);
- **Нитраты** (**Нитроглицерин** в/в капельно в дозе 0,25 мкг/кг/мин под контролем АД);
- Инотропные агенты (допамин, **добутамин** 2,5 мкг/кг/мин) – при гипотонии;
- По показаниям ИВЛ;

Кардиогенный шок

Клинический синдром, обусловленный резким падением насосной функции сердца, сосудистой недостаточностью и выраженной дезорганизацией системы микроциркуляции. Встречается у 10-15% пациентов с ИМ.

Формы кардиогенного шока:

- 1) рефлекторный кардиогенный шок;
- 2) аритмический кардиогенный шок;
- 3) истинный кардиогенный шок с подразделением на кардиогенный шок средней тяжести (I степени), тяжелый кардиогенный шок (II степени) и ареактивный кардиогенный шок (III степени).

Кардиогенный шок: патогенез



Кардиогенный шок: диагностические критерии (1)

- 1. симптомы недостаточности периферического кровообращения:** бледно-цианотичная, «мраморная», влажная кожа; периферический цианоз; спавшиеся вены; холодные кисти и стопы; снижение температуры тела; удлинение времени исчезновения белого пятна после надавливания на ноготь > 2 сек;
- 2. нарушение сознания** (заторможенность, спутанность сознания, реже – возбуждение);
- 3. олигурия** < 20 мл/ч или **анурия**;

Кардиогенный шок: диагностические критерии (2)

4. **САД при двух измерениях < 90 мм. рт. ст.** (при предшествовавшей АГ < 100 мм рт. ст.)
5. **снижение пульсового АД** до 20 мм рт. ст. и ниже
снижение среднего АД < 60 мм рт. ст.
6. **гемодинамические критерии:** сердечный индекс менее 1,8 - 2,5 л/мин/м²; давление «заклинивания» в легочной артерии > 15 мм. рт. ст.; повышение ОПСС; снижение ударного и минутного объемов.

Кардиогенный шок: принципы терапии

Купирование проводится поэтапно:

1. Придать вынужденное положение;
2. **Оксигенотерапия** 100% кислородом;
3. **При выраженном ангинозном синдроме** (Рефлекторная форма КШ): 1-2 мл 0,005% р-ра **фентанила** **ИЛИ** 1 мл 1% р-ра **морфина** **ИЛИ** 1 мл 2% р-ра **промедола** в/в струйно медленно + 90-150 мг **преднизолона** **ИЛИ** 150-300 мг **гидрокортизона** в/в струйно;
4. **При гиповолемии** (ЦВД < 80-90 мм водн. ст. – Гиповолемическая форма КШ): 400 мл **декстрана/натрия хлорида**/ 5% р-ра глюкозы в/в капельно с постепенным увеличением скорости инфузии до исчезновения признаков шока или ЦВД до 120-140 мм вод. ст.

Кардиогенный шок: принципы терапии

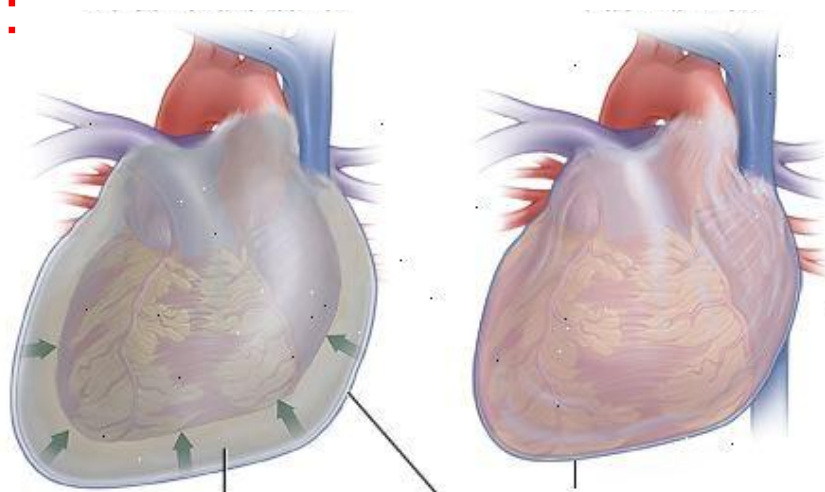
5. При резком снижении насосной функции левого желудочка (Истинная форма КШ): **допамин** 200 мг в 400 мл 5% р-ра глюкозы (физраствора) в/в капельно, начальная скорость введения – 15-20 кап/мин; 1-2 мл 0,2% р-ра **норадреналина** в 200-400 мл 5% р-ра глюкозы (физраствора) в/в капельно под контролем АД, начальная скорость введения – 15-20 кап/мин **ИЛИ добутамин / добутрекс** 250 мг на 250 мл физраствора в/в капельно, начальная скорость введения – 15-20 кап/мин.

Постинфарктный синдром Дресслера

Реактивное аутоиммунное осложнение ИМ, развивающееся **через 2 – 6 недель** после его начала.

Клинические проявления:

- Перикардит;
- Плеврит;
- Пневмонит;
- Атипичная форма;
- Малосимптомная форма.



Лабораторная диагностика:

- Лейкоцитоз, эозинофилия, гипергаммаглобулинемия, ускорение СОЭ;
- Антимиокардиальные антитела;

Постинфарктный синдром Дресслера

Инструментальная диагностика:

- **ЭхоКГ** – утолщение листков перикарда, наличие свободной жидкости в полости;
- **Рентгенография** – увеличение тени сердца, скопление жидкости в плевральной полости, небольшие очаги уплотнения легочной ткани, усиление сосудистого рисунка.

Лечение:

- **НПВС** (диклофенак, ибупрофен, индометацин)
- **Глюкокортикоиды** (преднизолон 20-40 мг 1 раз в сутки, в течении 2-3 недель с постепенным снижением дозы по 5 мг в неделю в течении 5-6 недель).

КОНТРОЛЬНЫЙ ВОПРОС:

Перечислите основные жалобы
больного при **3** степени тяжести
кардиогенного шока!

