



ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР НА АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

¹Муйсинова Саломат Нарзуллаевна

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
salomatmuysinova890@gmail.com,

²Рахматуллаев Журабек Садулло угли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
djurabek2000@gmail.com.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7488339>

ARTICLE INFO

Received: 18th December 2022

Accepted: 27th December 2022

Online: 28th December 2022

KEY WORDS

Инфаркт миокарда, этиология, патогенез, сердечно-сосудистые осложнения.

ВВЕДЕНИЕ. Инфаркт миокарда - это одна из клинических форм ишемической болезни сердца, которое протекает с ишемическим некрозом участка миокарда, в следствие окклюзии коронарной артерией [1] Самой частой причиной является тромбоз, который развивается при повреждение нестабильной атеросклеротической бляшки. Из-за длительной ишемии участка сердца, происходит некроз кардиомицитов, дальше происходит образование лейкоцитарного вала. [2] Пациент должен, как можно быстрее госпитализирован в кардиореанимационное отделение. В первые часы нужно обязательно сделать тромболизис, так же ангиопластика и стентирование коронарных артерий. [3]

Инфаркт миокарда развивается у пациентов в возрасте от 40 до 60 лет и чаще всего болеют мужчины, так же является основной причиной

ABSTRACT

В статье освещена этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиническая картина и лечение инфаркта миокарда, сделан литературный обзор, а так же описана структура заболеваемости инфаркта миокарда в Узбекистане.

инвалидности во всем мире. В Узбекистане по статистическим данным, составляет 150 случаев на 100.000 населения. [4] К факторам риска относят: модифицируемые факторы и немодифицируемые. К модифицируемым факторам относится: курение (которое сопровождается сужение коронарных артерий), частое употребление алкоголя, ожирение ИМТ=больше 30, низкая первичная двигательная активность (НПДА), несбалансирование питание (в рационе, как правило, преобладают жиры и такие продукты, которые способствуют повышению в крови ЛПНП, ЛПВП, холестерина, триглицеридов). [5] К немодифицируемым факторам относят: отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, пол, возраст (пациенты старше 40 лет), а так же сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия, эндокринологические



нарушения, инфаркты миокарды перенесенные в прошлом. [6]

Инфаркт миокарда- самое распространенное заболевание, которая является самой частой причиной смерти во всем мире. На сегодняшний день инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. В возрасте от 35 до 50 лет, мужчины болеют в 10 раз больше, чем женщины. [7] У 75% пациентов, которые страдают инфарктом миокарда развивается не внезапно, а отмечается преддормальный синдром, который встречается в трех вариантах: 1) стенокардия с быстрым течением, 2) стенокардия, которая протекает спокойно, но может перейти в нестабильную стенокардию, 3) приступы острой коронарной недостаточности (ОКС), 4) стенокардия Принцметалла.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. На данный момент в СНГ составляет 5 человек на 1000 населения, в возрасте от 45 до 49 лет, она составляет 3 на 1000, в возрасте 55-59 лет 5 на 1000. [8] В США ежегодно регистрируются пациенты около 600 тысяч случаев инфаркта миокарда с подъемом сегмента STи без подъема сегмента ST. [9] В Узбекистане распространённость данной патологии встречается гораздо чаще, и является социально значимым заболеванием, так как умирает много пациентов от данной нозологии. [10] Ученые определили связь развития инфаркта миокарда с сезонностью, так же можно сказать, что данная патология чаще всего встречается в экономически развитых странах. Одна из самых распространённых патологий, которая является причиной инвалидности. По мнению ВОЗ, мужчины болеют чаще,

чем женщины. [11] Частота острого инфаркта миокарда по статистическим данным у мужчин старше 40 лет составляет от 2 до 6 на 1 тысячу. [12]

Городское население болеет чаще, чем жители в сельской местности, но эти данные необходимо учитывать ещё и с возможностью диагностики, которая может не проводиться в сельской местности. [13] Примерно 30 % случаев смерти является первым проявлением ИБС и связана с желудочковой тахикардией или фибрилляцией желудочков. Все случаи первичной фибрилляции желудочков происходит в первые 4 часа острой ишемии миокарда, а стойкая желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков отмечается позднее, она достигает максимума через 24 часа. Асистолия в качестве первичного нарушения ритма выступает значительно реже. [14]

ЭТИОЛОГИЯ. В основе развития инфаркта миокарда лежит неожиданный тромбоз коронарной артерии в области где находится атеросклеротическая бляшка с закупоренной артерией. По данным мировой статистике, уже в 45-50 лет отмечается атеросклероз артерий. [15] Происхождение тромба основано на том, что в месте разрыва «шапки» бляшки, происходит накопление медиаторов (серотонин, АДФ, фактор активации тромбоцитов и фактор агрегации тромбоцитов), которые начинают стимулировать последующую агрегацию тромбоцитов и механическое сужение коронарной артерии (КА), данный процесс имеет динамический характер и может приобретать различные формы.



Если отмечается, что нет достаточного кровообращения, то происходит закрытие просвета артерии тромбом и происходит развитие инфаркта миокарда (ИМ) с повышением сегмента ST. Размер тромбом 1 мм, он состоит из лейкоцитов, эритроцитов и фибрина. Помимо тромбоза коронарных артерий, выделяют следующую этиологию: сопутствующие заболевания, к ним относится сахарный диабет 2 типа, другая эндокринологическая патология, так же в анамнезе отмечается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Если у пациента инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q, вероятная причина окклюзия коронарных артерий, если инфаркт миокарда без патологического зубца Q возникает чаще всего при спонтанном восстановлении перфузии. [16]

Гиперлипидемия (в рационе у пациентов отмечается избыточное употребление продуктов с высоким содержанием жира, которое способствует повышению содержанию ЛПНП и ЛПВП, в следствии которых может образовываться тромбоз), большое количество употребление алкоголя, способствует развитию некроза миокардиальной мышце, курение стаж которого составляет от 20 лет, низкая физическая активность, ожирение (абдоминальный тип ожирение), все данные факторы способствуют развитию инфаркта миокарда, так же способствует развитию психоэмоциональный стресс либо нервно-психическое напряжение. [17]

ПАТОГЕНЕЗ. В основе патогенеза инфаркта миокарда, выделяют

следующие механизмы, один из них: разрыв атеросклеротической бляшки, который спровоцирован внезапным повышением симпатической нервной системы (происходит резкое артериальное давление, резкое повышение частоты и частоты сердечных сокращений (ЧСС), так же усиление венозного кровообращения). [18] Вторым механизмом является, это образование тромба на месте разорванной атеросклеротической бляшки, тромб образуется, в следствии усиления агрегации тромбоцитов и активации коагулянтной системы. [19] Третьим механизмом является, вазоконстрикция. [20] Так же в основе патогенеза выделяют: бляшки с тонкой покрывкой, молодые бляшки с липидами, эксцентрично расположенные бляшки. [21]

В основе тромба выделяют три стадии, облитерирующего коронарную артерию. [22]

- 1) Происходит кровоизлияние в бляшку
- 2) Формирование внутрисосудистого неокклюзирующего тромба
- 3) Распределение тромба до полной закупорки сосуда.

Патоморфологические изменения при инфаркте миокарда:

1. Поражение магистральной коронарной артерии с её закупоркой сопровождается трансмуральным некрозом (как правило).
2. Для нетрансмуральных инфарктов более характерно поражение нескольких артерий, которое не достигает полной окклюзии и сопровождается некрозом миокардиоцитов «гнездным».
3. Изолированное поражение правого желудочка встречается лишь у 5%



пациентов и даже реже, преимущественно у пациентов с хроническим легочным сердцем.

4. Некротическое поражение предсердий отмечается у 17% умерших от инфаркта миокарда, чаще наблюдается поражение правого предсердия.

5. Изолированный инфаркт миокарда предсердий относится к казуистике. [23]

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Международная классификация (ВОЗ 1995 г) Острый инфаркт миокарда (продолжительность менее 4 недель после возникновения острого начала); [24]

Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда;

Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда;

Острый трансмуральный инфаркт других уточненных локализаций;

Острый трансмуральный инфаркт неуточненной локализации;

Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда;

Острый инфаркт миокарда неуточненный.

Клиническая классификация инфаркта миокарда:

1) Ангинальная форма- данная форма, является типичной для инфаркта миокарда, для неё характерно появление интенсивной сжимающей боли за груди, продолжительность

которой составляет 30 минут, которая не купируется нитроглицерином. По мимо этого всего иррадиация боли отдает в левую половину грудной клетки, челюсти, а так же спину лопатки, так же отмечается болевой синдром, который сопровождается страхом смерти и слабости, возможно ещё потоотделение.

2) Астматическая форма- при данной форме отмечается появление одышки и удушья, пациент принимает положение ортопноэ, болевой синдром отсутствует, либо менее выражен.

3) Абдоминальная форма- для данной форме характерно локализации боли в эпигастральной области, отмечается диспепсический синдром (икота, отрыжка, тошнота, а так же рвота), так же может быть вздутие живота, присутствует болевой синдром, иррадиация боли обычно происходит в спину лопатки.

4) Аритмическая форма- для данной формы характерно сердцебиение, болевой синдром отсутствует, возможно, развитие слабости, может нарушение мозгового кровотока, вследствие сниженного АД.

5) Цереброваскулярная форма- для данной формы характерно симптомы ишемии головного мозга: головная боль, головокружение, обморок, рвота отмечается, дезориентация в пространстве. Может быть так же развитие тахикардии, брадиаритмии.

References:

1. Атеросклероз и инфаркт миокарда. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2016. - 316 с.
2. Инфаркт миокарда: моногр. / А.В. Виноградов и др. - М.: Медицина, 2016. - 312 с.
3. Инфаркт миокарда: моногр. . - М.: Медицина, 2015. - 320 с.



4. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. - М.: Медицина, 2015. - 288 с.
5. Руда, М. Я. Инфаркт миокарда / М.Я. Руда, А.П. Зыско. - М.: Медицина, 2017. - 248 с.
6. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2016. - 273 с.
7. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2015. - 570 с.
8. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда: моногр. / П.А. Фадеев. - М.: Мир и Образование, 2015. - 296с.
9. Шестаков, С. В. Грудная жаба и инфаркт миокарда / С.В. Шестаков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. - 284с.
10. Шилов, А. М. Инфаркт миокарда: моногр. / А.М. Шилов. - М.: Миклош, 2014. - 164 с.
11. Щеклик, Эдвард Инфаркт миокарда: моногр. / Эдвард Щеклик , Анджей Щеклик. - М.: Польское медицинское издательство, 2017. - 276 с
12. Болдуева С.А., Шабров А.В., Монова И.А., Бурак Т.Я., Самохвалова М.В. Клинико-психологические факторы, влияющие на риск внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиоваскулярная терапия, 2007; 7: 59-68.