

**Е. Н. Николаевский,**

д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Самарский государственный экономический университет»

## Современные методы диагностики и лечения инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда (ИМ) – это ишемический некроз (гибель) сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения. ИМ является ведущей причиной смертности и инвалидизации в США, Англии, Германии, Франции, Италии и других экономически развитых странах. По данным академика РАМН Е.И. Чучалина, в России с 1996 г. отмечается значительный рост заболеваемости ИМ, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. В нашей стране ежегодно ИМ развивается у 3–4% мужчин в возрасте 40–59 лет. Общая смертность от данного заболевания остается высокой, достигая 30–50%. Около 30% больных ИМ (примерно 100 тыс.) погибают в течение 1 суток, в основном до госпитализации в лечебное учреждение.

В этой связи представляется очень важной роль фельдшера и других медицинских работников первичного звена в оказании своевременной доврачебной медицинской помощи указанной категории больных в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее Приказ № 543н). По сути, именно от слаженной и организованной работы сотрудников первичного звена здравоохранения во многом зависит дальнейшее течение, прогноз и судьба больных ИМ.

### Этиология

Основной (95% случаев) причиной развития ИМ является атеросклероз коронарных артерий (КА). В большинстве случаев прекращение



или резкое ограничение коронарного кровотока наступает в результате закупорки КА. Закупорка обычно развивается в области атеросклеротической бляшки, капсула которой оказывается поврежденной (надрыв, изъязвление). ИМ может возникать в результате сужения артерии на фоне атеросклероза или при выраженном стрессе. Причинами развития ИМ часто становятся врожденные изменения КА, закупорка просвета сосуда при артериите и травмах сердца.

## Патогенез

При закупорке КА вначале образуется пристеночный тромб. Одновременно в этой области выделяется ряд биологически активных веществ, обладающих мощным сосудосуживающим действием. В результате возникает выраженное резкое сужение стенозированной КА, что еще сильнее уменьшает кровоток по венечной артерии. Мелкие тромбоцитарные агрегаты закупоривают мелкие сосуды, в результате чего ограничивается коронарный кровоток в мышце сердца. Постепенно размеры пристеночного тромба увеличиваются, и он полностью перекрывает просвет сосуда. Развивается трансмуральный ИМ (инфаркт с зубцом Q). Если полного сужения КА не происходит или возникает разрушение тромба, может развиться субэндокардиальный или интрамуральный ИМ (инфаркт без зубца Q).

В 75% случаев процесс формирования большого тромба, полностью перекрывающего просвет крупной КА, занимает от 2 дней до 2–3 нед. В данный период клинические проявления прогрессирующего ухудшения коронарного кровотока соответствуют симптоматике нестабильной стенокардии (предынфарктный синдром). У 25% больных с ИМ процесс формирования полностью перекрывающего тромба протекает молниеносно. В этих случаях в клинической картине болезни отсутствуют симптомы продромального периода.

Быстрому формированию очага гибели в сердечной мышце могут способствовать три дополнительных фактора:

- выраженное сужение КА;
- слабое развитие ответвляющихся сосудов;
- выраженное увеличение потребности миокарда в кислороде в результате физического или психоэмоционального напряжения, подъема АД.

Все три фактора ведут к увеличению скорости формирования очага омертвевшего миокарда и его объема. В условиях хорошо развитого коллатерального кровообращения полная, но постепенная окклюзия КА в отдельных случаях может не сопровождаться развитием ИМ.