

Диагностика и лечение инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST в 2003 году

Новые рекомендации Европейского общества кардиологов

А. С. ГАЛЯВИЧ, зав. кафедрой факультетской терапии КГМУ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Острая сердечная недостаточность и шок

Острая левожелудочковая сердечная недостаточность при инфаркте миокарда (ИМ) ассоциируется с плохими краткосрочным и долгосрочным прогнозами. Основными клиническими проявлениями данного патологического состояния являются: одышка, тахикардия, ритм галопа и хрипы в легких, которые сначала возникают в нижних отделах легких, а затем распространяются на все легочные поля. В связи с этим важным моментом в ведении больных с ИМ в острой стадии является аускультация не только сердца, но и легких. Необходимо контролировать также электролиты, ЭКГ. ЭхоКГ является важным в оценке функции левого желудочка, осложнений ИМ, таких как внутрисердечные тромбы, разрывы миокарда, поражения клапанного аппарата и др.

Степень выраженности сердечной недостаточности обычно определяется по весьма удобной в практическом отношении классификации Киллипа (1967):

1-й класс — нет хрипов в легких и нет 3-го тона при аускультации сердца;

2-й класс — хрипы в легких возникают на площади менее 50% легочной поверхности или определяется 3-й тон;

3-й класс — хрипы определяются более чем на 50% легочной поверхности;

4-й класс — шок.

При легкой и средней степенях острой сердечной недостаточности обычно дается кислород через носовую маску. Рекомендуется регулярно определять сатурацию кислорода в крови. Из лекарственных средств назначается фуросемид 20–40 мг в вену при необходимости с повтором каждые 1–4 часа. При недостаточном эффекте применяется нитроглицерин в вену или перорально при контроле уровне АД. В течение 48 часов начинается терапия ингибиторами АПФ при отсутствии гипотензии, гиповолемии и выраженной почечной недостаточности.

При тяжелой степени острой сердечной недостаточности также используются кислород и фуросемид. Рекомендуется применять нитроглицерин со стартовой дозы 0,25 мкг/кг/мин. с увеличением каждые 5 минут до снижения АД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня или снижения систолического АД до 90 мм рт. ст. При возникновении гипотензии назначаются инотропные средства: при признаках почечной гипоперфузии — допамин в вену в дозе 2,5–5 мкг/кг/мин.; при преобладании легочного застоя — добутамин в дозе 2,5 мкг/кг/мин. с постепенным увеличением каждые 5–10 мин. до 10 мкг/кг/мин. или до улучшения параметров гемодинамики.

Кардиогенный шок характеризуется снижением систолического АД менее 90 мм рт. ст., центральным давлением наполнения более 20 мм рт. ст. и сердечным индексом менее 1,8 л/мин./м². Диагноз кардиогенного шока устанавливается при отсутствии других причин снижения АД: гиповолемии, электролитных нарушений, побочных эффектов лекарственных средств, аритмий. Обычно кардиогенный шок возникает при ИМ левого желудочка больших размеров.

При возникновении кардиогенного шока бывают эффективными внутриаортальная баллонная контрапульсация, а также вмешательства на коронарных артериях — реваскуляризация.

Разрыв свободной стенки левого желудочка

Острый разрыв свободной стенки левого желудочка характеризуется электромеханической диссоциацией — сохранением электрической активности сердца при отсутствии эффективных сокращений, т.е. отсутствуют пульс и АД. Обычно данное осложнение бывает летальным.

Подострый разрыв свободной стенки характеризуется проникновением части крови в полость перикарда. Клиника может имитировать рецидив ИМ, поскольку возникает боль и подъем сегмента ST на ЭКГ. Часто возникает ухудшение гемодинамики в виде стойкой гипотензии. Методом верификации данного осложнения является ЭхоКГ, поскольку легко обнаруживается жидкость в полости перикарда с наличием сгустков (тромбы). При накоплении большого ко-

личества крови в полости перикарда возникает угроза тампонады сердца. В зависимости от статуса больного решается вопрос о проведении хирургического вмешательства.

Разрыв межжелудочковой перегородки (МЖП)

Данное осложнение возникает в 1–2% случаев ИМ. При отсутствии хирургического вмешательства смертность при этом осложнении в течение 1-й недели достигает 54%, в течение года — 92%. Клиника острого разрыва МЖП характеризуется следующими признаками: резкое клиническое ухудшение, систолический шум, сброс крови из левого желудочка в правый по данным ЭхоКГ. Систолический шум может быть слабым или совсем отсутствовать. Наиболее эффективным методом временной помощи до подготовки к хирургическому вмешательству является внутриаортальная баллонная контрапульсация.

Митральная регургитация

При ИМ могут быть 3 механизма митральной регургитации:

- 1) дилатация митрального кольца из-за дилатации левого желудочка;
- 2) дисфункция сосочковых мышц из-за нижнего ИМ;
- 3) разрыв сосочковых мышц.

Все данные виды причин достаточно легко устанавливаются с помощью ЭхоКГ. При выраженной митральной регургитации с наличием кардиогенного шока и отека легких рекомендуется проводить хирургическое вмешательство.

Нарушения ритма сердца

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ). Прогностическая значимость ЖЭ как предвестников фибрилляции желудочков остается под вопросом. В большинстве случаев ЖЭ не требует специального вмешательства.

Желудочковая тахикардия (ЖТ). Короткие пробежки ЖТ (продолжительностью менее 30 с) обычно хорошо переносятся больными и не требуют вмешательства. Более продолжительные эпизоды ЖТ могут вызывать гипотензию и сердечную недостаточность, а также провоцировать фибрилляцию желудочков. При возникновении ЖТ вводится лидокаин в дозе 1 мг/кг в вену, затем каждые 8–10 мин. до максимальной дозы 4 мг/кг или в виде непрерывной инфузии 1–3 мг/мин. Можно использовать амиодарон в вену в дозе 5 мг/кг в первый час, затем доводить до общей дозы 900–1200 мг/24 часа. При ухудшении гемодинамики проводится дефибрилляция.

Фибрилляция желудочков (ФЖ). При возникновении ФЖ проводится немедленная дефибрилляция.

Суправентрикулярные аритмии

Фибрилляция предсердий при ее краткой продолжительности и отсутствии нарушений гемодинамики не требует вмешательства. При тахикардии можно использовать амиодарон, бета-адреноблокаторы. При ухудшении гемодинамики проводится электрическая кардиоверсия.

Другие **суправентрикулярные аритмии** при ИМ бывают реже и купируются самостоятельно. При некупируемости таких аритмий самостоятельно препаратами выбора при отсутствии противопоказаний являются бета-адреноблокаторы.

Синусовая брадикардия и АВ блокады сердца

Синусовая брадикардия чаще возникает при нижнем ИМ. При наличии выраженной гипотензии применяется атропин в дозе 0,3–0,5 мг в вену до общей дозы 1,5–2 мг. При отсутствии эффекта (при сохранении гипотензии) проводится временная ЭКС.

АВ блокада 1-й степени не требует вмешательства.

АВ блокада 2-й степени 1-го типа (Мобитц 1 — перидика Венкебаха) редко приводит к нарушению гемодинамики и, как правило, не требует вмешательства. При ухудшении гемодинамики вводится атропин, а при отсутствии эффекта атропина рассматривается вопрос об ЭКС.

АВ блокада 2-й степени 2-го типа (Мобитц 2) и АВ блокада 3-й степени являются показаниями для ЭКС.

ЛИТЕРАТУРА

Management of acute myocardial infarction in patients with ST-segment elevation. Eur. Heart J (2003) 24, 28–66.