

ОПРЕДЕЛИТЬ РИСК ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.

Кодирова Г.Р.
Максудова М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: *Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении острых коронарных синдромов, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти во всем мире, причем почти половина этих смертей вызвана ишемической болезнью сердца. Хотя в диагностике и лечении острых коронарных синдромов достигнут значительный прогресс, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти во всем мире, причем почти половина этих смертей обусловлена ишемической болезнью сердца..*

Ключевые слова: *электрическая дисфункция, острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.*

Острые коронарные синдромы включают

- Нестабильную стенокардию
- Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (NSTEMI)
- Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI)

Сердечный приступ происходит, когда гибель клеток повреждает или разрушает сердечную ткань. Сердечный приступ также известен как инфаркт миокарда.

Нестабильная стенокардия возникает, когда приток крови к сердцу уменьшается. Она не настолько серьезна, чтобы вызвать гибель клеток или сердечный приступ. Но уменьшение притока крови может увеличить риск сердечного приступа.

Острый коронарный синдром часто вызывает сильную боль в груди или дискомфорт. Это неотложное состояние, требующее немедленной диагностики и лечения. Цели лечения включают улучшение притока крови, лечение осложнений и предотвращение будущих проблем.

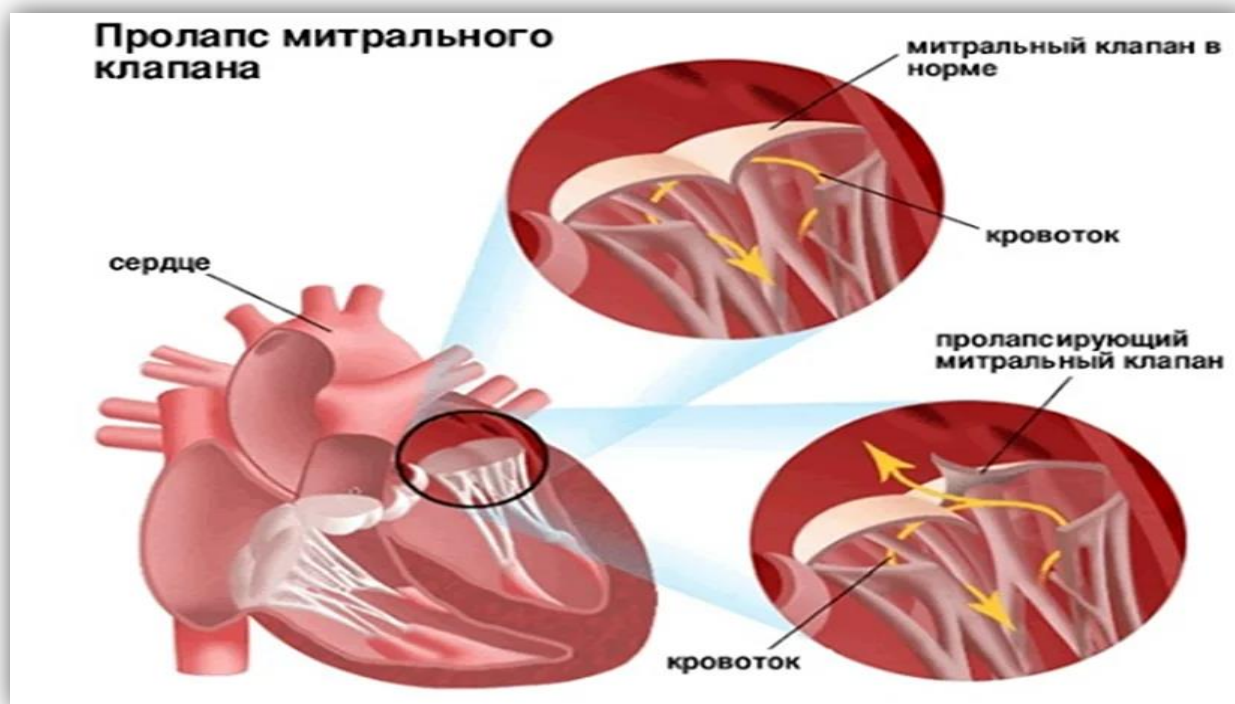
Все эти синдромы связаны с острой коронарной ишемией и различаются на основе симптомов, результатов ЭКГ и уровней сердечных биомаркеров. Полезно различать синдромы, поскольку прогноз и лечение различаются.

Многочисленные осложнения могут возникнуть в результате острого коронарного синдрома и увеличить заболеваемость и смертность. Осложнения можно грубо классифицировать как

- Электрическая дисфункция (нарушение проводимости, аритмии)
- Механическая дисфункция (сердечная недостаточность, разрыв миокарда или аневризма, дисфункция папиллярных мышц)
- Тромботические осложнения (рецидивирующая коронарная ишемия, muralный тромбоз)
- Воспалительные осложнения (перикардит, постинфарктный синдром)

Электрическая дисфункция встречается у > 90% пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) (см. также Аритмии и нарушения проводимости). Электрическая дисфункция, которая обычно вызывает летальный исход в течение первых 72 часов, включает тахикардию (из любого очага), достаточно быструю, чтобы снизить сердечный выброс и понизить артериальное давление, блокаду типа Мобитц II (второй степени) или полную (третьей степени) атриовентрикулярную (АВ) блокаду, желудочковую тахикардию (ЖТ) и фибрилляцию желудочков (ФЖ). Асистолия встречается редко, за исключением терминального проявления прогрессирующей левожелудочковой недостаточности и шока. Пациенты с нарушениями сердечного ритма обследуются на гипоксию и электролитные нарушения, которые могут быть причиной или сопутствующими.

Функциональная недостаточность папиллярных мышц возникает примерно у 35–40% пациентов в течение первых нескольких часов инфаркта (1). Ишемическая дисфункция папиллярных мышц вызывает неполное смыкание створок митрального клапана, что является временным у большинства пациентов. Но у некоторых пациентов рубцевание папиллярных мышц или свободной стенки вызывает постоянную митральную регургитацию. Функциональная недостаточность папиллярных мышц характеризуется верхушечным поздним систолическим шумом и обычно проходит без лечения.



Разрыв межжелудочковой перегородки, хотя и редок, встречается в 8–10 раз чаще, чем разрыв папиллярных мышц. Разрыв межжелудочковой перегородки характеризуется внезапным появлением громкого систолического шума и дрожания медиально от верхушки вдоль левого края грудины в третьем или четвертом межреберье, сопровождающимся гипотонией с признаками левожелудочковой недостаточности или без них.



Диагноз может быть подтвержден с помощью катетера с баллонным наконечником и сравнением насыщения крови кислородом или парциального давления кислорода (PO₂) образцов правого предсердия, правого желудочка и легочной артерии. Значительное увеличение PO₂ правого желудочка является диагностическим, как и доплеровская эхокардиография, которая может продемонстрировать фактический шунт крови через межжелудочковую перегородку.

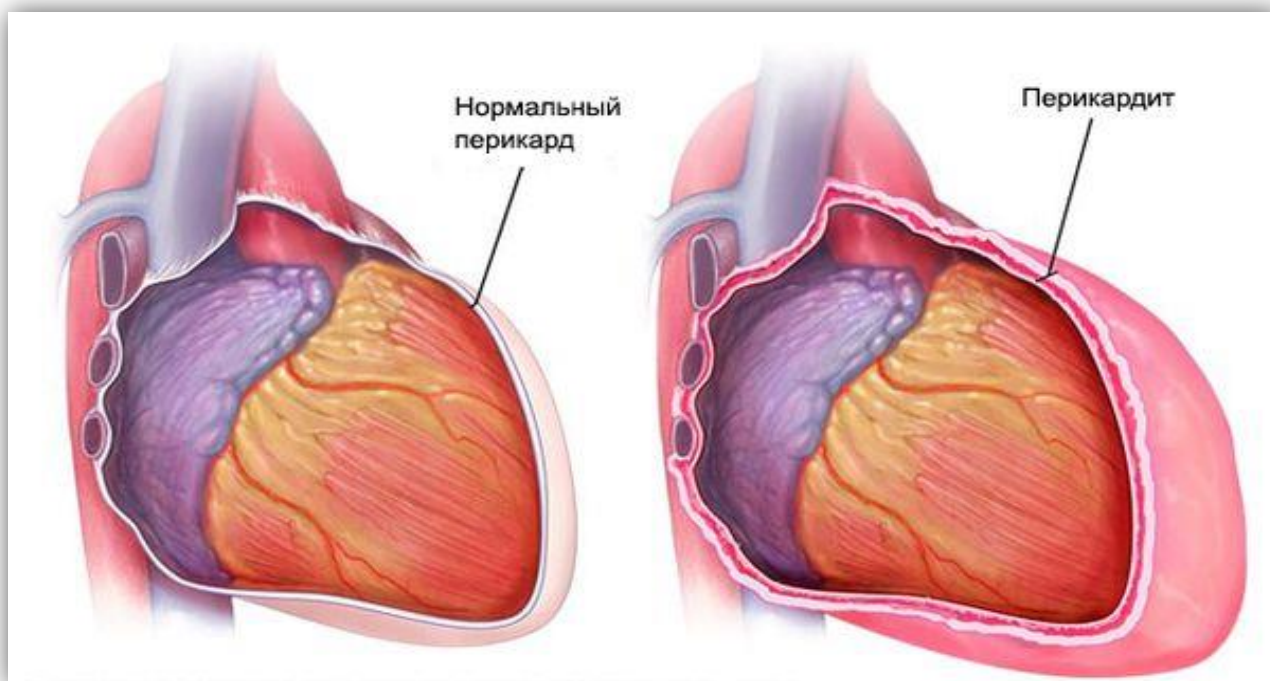
Гипотония может быть вызвана

- Уменьшением наполнения желудочков
- Потерей сократительной силы вследствие массивного инфаркта миокарда

Выраженная гипотония (например, систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.) с тахикардией и симптомами гипоперфузии конечных органов (снижением диуреза, спутанностью сознания, потоотделением, холодными конечностями) называется кардиогенным шоком. При кардиогенном шоке быстро развивается застой в легких.

Примерно у 5–10% пациентов с острым инфарктом миокарда развивается кардиогенный шок [2].

ПостИМ-синдром развивается у некоторых пациентов через несколько дней или недель или даже месяцев после острого инфаркта миокарда; заболеваемость также, по-видимому, снизилась в последние годы. Он характеризуется лихорадкой, перикардитом с шумом трения, перикардальным выпотом, плевритом, плевральными выпотами, легочными инфильтратами и болью в суставах. Этот синдром вызван аутоиммунной реакцией на материал некротических миоцитов. Он может рецидивировать.



Выводы

Последующее наблюдение после ОКС представляет собой серьезную проблему из-за высокого остаточного ишемического риска, потенциального кровотечения, борьбы с терапевтической инерцией и усиления терапевтического образования. Поэтому оптимальное ведение должно быть персонализированным, реактивным и адаптивным к клиническим ситуациям (рецидивирующий ОКС, кровотечения, хирургические процедуры). Патерналистская модель больше недействительна и должна быть заменена совместным подходом к принятию решений. Последующее наблюдение

основано на подходе, ориентированном на пациента, вовлечении пациента и членов его семьи и сотрудничестве между специалистами здравоохранения для оптимизации долгосрочного ведения.

Литературы:

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 5-115.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2018; 39: 119-77.
3. Aversa M, Banach M, Bruckert E, et al. Practical guidance for combination lipid-modifying therapy in high- and very-high-risk patients: a statement from a European Atherosclerosis Society Task Force. *Atherosclerosis* 2021; 325: 99-109.
4. ОКС : Тактика на догоспитальном этапе. А.В. Мелехов; К).И.Островская 2018г.
5. Acute coronary syndrome in cancer patients. Part I: pathophysiology, clinical presentation and diagnosis
AUTHORS Grzegorz Piotrowski* 1, 2
6. „Acute Coronary Syndrome: Current Treatment” TIMOTHY L. SWITAJ, MD, SCOTT R. *Am Fam Physician*. 2017;95(4):232-240
7. «O‘tkir koronar sindrom S-T segment ko‘tarilishi bilan kechgan bemorlarda koronaroangioplastika va trombolitik davoning samaradorligini baholash» <http://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/2439> Kurbanova Dilnoza Husanbayevna, Saydaliyev Rustam Saydaliyevich, Tursunova Laylo Dilshatovna.