

П. А. Фадеев

КАК ПОБЕДИТЬ БОЛЕЗНЬ!

ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Самая достоверная
информация*

Москва
Мир и Образование

СОДЕРЖАНИЕ

Слово к читателю	7
ПОНЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	8
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИМ	8
МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИМ	12
КЛАССИФИКАЦИЯ ИМ	13
ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ИМ	15
ИНФАРКТ МИОКАРДА В ЦИФРАХ	18
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ИМ	19
Клиническая картина ИМ	20
Типичная (болевая) форма ИМ	20
1. Локализация болей	20
2. Характер болей	21
3. Распространение болей	21
4. Интенсивность болей	21
5. Длительность болей	21
6. Обстоятельства, способствующие возникновению ИМ	21
7. Обстоятельства, при которых боли облегчаются	23
8. Обстоятельства, повышающие точность диагноза ИМ	23
9. Симптомы, сопровождающие болевой приступ при ИМ	24
Атипичные формы ИМ	24
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	25
Электрокардиография	25
УЗИ	27
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	28
Биохимические маркеры	28
Клинический анализ крови — лейкоциты, скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	29

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ИЛИ КАК ОТЛИЧИТЬ ИМ ОТ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ29

Предостережение.....30

Заболевания, при которых боли усиливаются
при кашле и дыхании.....32

Тромбоэмболия легочной артерии.....32

Пневмоторакс33

Перикардит35

Плеврит36

Заболевания, при которых боли связаны
с приемом пищи.....37

Острый холецистит.....37

Язва желудка.....38

Диафрагмальная грыжа40

Эзофагит.....41

Заболевания, при которых боли усиливаются
при ощупывании болезненных мест, при движении
головы, туловища, плечевых суставов42

Опоясывающий лишай.....42

Остеохондроз44

Перелом ребра.....45

Заболевания, при которых боли не усиливаются
при кашле и дыхании, при ощупывании болезненных
мест, при движении головы, туловища, плечевых
суставов и не связаны с приемом пищи46

Инфаркт миокарда46

Патологический климакс47

Пубертатное сердце.....48

Стенокардия.....49

Миокардит.....54

Нейроциркуляторная дистония55

Небольшая заметка для женщин.....57

Заметка для принимающих лекарственные
препараты57

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ИМ57

Нарушения сердечного ритма57

Острая сердечная недостаточность (ОСН).....59

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).....60

Перикардит60

Разрыв сердца	61
Острая аневризма	62
Острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта, острое желудочно-кишечное кровотечение	63
Психозы.....	63
Синдром Дресслера.....	64
Изменения в психическом статусе.....	64
Рецидив ИМ. Повторный ИМ.....	65
ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	66
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ.....	68
Основы сердечно-легочной реанимации (СЛР)	68
Что предпринять, если есть подозрение на ИМ.....	72
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП	74
Понятие доказательной медицины	74
Терапевтическое лечение неосложненного ИМ.....	78
<i>Антитромботическая терапия</i>	<i>79</i>
<i>Нитроглицерин.....</i>	<i>88</i>
<i>β(бета)-адреноблокаторы</i>	<i>91</i>
<i>Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.....</i>	<i>93</i>
<i>Статины.....</i>	<i>94</i>
Хирургическое лечение	96
<i>Питание.....</i>	<i>97</i>
<i>Физическая активность.....</i>	<i>99</i>
ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА, ИЛИ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП	100
Реабилитация	100
<i>Социальная реабилитация.....</i>	<i>100</i>
<i>Психологическая реабилитация.....</i>	<i>101</i>
<i>Физическая реабилитация</i>	<i>101</i>
<i>Про «это», или секс после ИМ.....</i>	<i>103</i>
Профилактика.....	104
<i>Вторичная профилактика ИМ, или как не допустить повторного кошмара.....</i>	<i>105</i>
<i>Первичная профилактика, или как избежать всех проблем, описанных в книге.....</i>	<i>114</i>
О ЧЕМ НЕ ПИШУТ В МЕДИЦИНСКИХ КНИГАХ	117

Приложение № 1.

Алгоритм определения причин, вызывающих боль в области грудной клетки	120
--------------------------------------------------------------------------------	-----

Приложение № 2.

Содержание полезных веществ в пищевых продуктах	121
<i>Содержание холестерина</i>	121
<i>Содержание клетчатки</i>	122
<i>Содержание пектинов</i>	122
<i>Содержание жиров</i>	122
<i>Источники витаминов</i>	122
<i>Источники минералов</i>	123
<i>Содержание омега-3 жиров в морепродуктах</i>	123
<i>Содержание омега-3 жиров в растительных источниках</i>	123
<i>Содержание жирных кислот в растительных маслах</i>	124

Приложение № 3.

Словарь терминов	125
------------------------	-----

Приложение № 4.

Список сокращений	127
-------------------------	-----

ПОНЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Инфаркт миокарда (ИМ) — это омертвление (*инфаркт*) участка мышцы сердца (*миокарда*) в результате острого несоответствия сердечного кровотока потребностям сердца. Как река ниже по течению мелеет, когда плотина перекрывает ее русло, и все живое гибнет, так и участок сердца мертвеет, когда прекращается кровоток в сосуде, который питает этот участок.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИМ

Что ни болит — все к сердцу валит.
Русская пословица

По современным представлениям инфаркт миокарда является мультифакторным заболеванием. Это значит, что нельзя выделить только одну причину, вызывающую это заболевание. Поэтому выделяют так называемые факторы риска — причины, которые могут привести к развитию заболевания, особенно если они действуют в совокупности и длительное время.

Согласно современным научным данным, главными факторами риска развития инфаркта миокарда являются следующие:

- Возраст:
 - мужчины после 40 лет;
 - женщины после 50 лет или с ранней менопаузой.
- Стенокардия, инфаркт или внезапная смерть у кровных родственников:
 - у мужчин в возрасте до 55 лет;
 - у женщин — до 65 лет.
- Курение (в том числе пассивное, т. е. длительное и частое нахождение некурящих лиц в накуренном помещении).
- Ожирение.

Определить, избыточен ли вес, можно по формуле Кетле, согласно которой рассчитывается *индекс массы тела* (ИМТ):

массу тела (в килограммах) нужно разделить на рост (в метрах) в квадрате.

Норма — от 19 до 24; менее 19 — дефицит веса; от 25 до 29 — избыток; от 30 до 40 — ожирение; более 40 — резкое ожирение.

Можно определить ожирение и по размерам талии. Ожирением считается, если талия у женщин не менее 88 см, у мужчин — не менее 102 см.

- Пониженная физическая активность.
- Повышенное содержание холестерина в крови.
- Повышенное артериальное давление (АД) (от 140/90 мм рт. ст. и выше) либо нормальное, но только при приеме лекарственных препаратов.
- Сахарный диабет: повышает риск развития ИМ (по данным разных авторов) в 1,5–10 раз у женщин и в 1,2–2 раза у мужчин.
- Неудовлетворенность жизнью и трудность межличностного общения.
- Постоянное аффективное напряжение с полным отсутствием релаксации.

Слово *affectus* традиционно переводится с латинского языка как переживание, душевное волнение, страсть. В психологии оно означает эмоциональное волнение, беспокойство. Другие значения этого слова менее известны, но точнее отражают суть определяемых ИМ психологических проблем: обремененный, отягощенный, удрученный, пораженный, ослабленный, пошатнувшийся, нарушенный, пострадавший, кончающийся, идущий к концу, находящийся на исходе.

- Поведенческая предрасположенность.

Поведение типа А увеличивает вероятность заболевания первым ИМ в 2 раза, повторным в 5 раз. Внезапная смерть у лиц с таким типом поведения встречается в 6 раз чаще.

Характерные черты поведения типа А¹.

Отношение к другим (межличностное общение):

- потребность в одобрении;
- эмоциональность;
- раздражительность;

¹ При описании определений используется мужской род только для удобства изложения. Такие черты могут быть присущи и женщинам.

- агрессивность;
- воинственность;
- конфликтность;
- враждебность;
- гневливость;
- амбициозность;
- стремление быть лидером;
- склонность к соперничеству;
- ощущение постоянной необходимости подтверждать свою значимость в обществе;
- убежденность, что окружающие настроены к нему враждебно.

Отношение к себе:

- импульсивность;
- беспокойство;
- обостренное чувство ответственности;
- деятельность «на износ» при максимальном напряжении своих душевных и физических сил;
- чрезмерная энергичность;
- повышенный уровень претензий;
- неспособность понизить активность;
- неумение отдыхать.

Отношение ко времени:

- нетерпеливость;
- стремление все успеть;
- желание идти в ногу со временем, интенсифицируя свою работу;
- отчаянное ощущение нехватки времени;
- торопливость;
- желание в кратчайшее время сделать как можно больше и добиться максимальных результатов.

Отношение к судьбе:

- уверен, что необходимо бросать вызов судьбе;
- считает, что именно он является вершителем своей судьбы и судеб других людей;
- убежден, что все, что происходит или должно происходить, зависит от его усилий, воли.

Отношение к религии:

- языческое;
- атеистическое.

По способу и степени проявления эмоций в поведении типа А различают три подвида:

1) редко выходит из себя, но когда разоидется, долго не может успокоиться («штиль — цунами»);

2) внешне спокойный, но внутри бушуют страсти («штиль снаружи — девятый вал внутри»);

3) эмоции не сдерживает и в тот же миг обрушивает их на окружающих («буря внутри — буря снаружи»).

Поведение типа А более присуще лицам с темпераментом *холерика*. Его описаний существует множество. Самое, пожалуй, образное принадлежит Арнольду из Виллановы, великому врачу Средневековья, который дал описание людей разных темпераментов в Салернском кодексе здоровья (1480 г.):

«Желчь существует — она необузданным
свойственна людям,
Всех и во всем превзойти человек подобный стремится;
Много он ест, превосходно растет и легко восприимчив,
Великодушен и щедр, неизменно стремится к вершинам;
Вечно взъерошен, лукав, раздражителен,
смел и несдержан,
Строен и хитрости полон, сухой он
и с ликом шафранным».

Поведение типа Б характеризуется противоположными чертами — спокойствие, уверенность в себе, неторопливость, умение чередовать труд и полноценный отдых, удовлетворенность существующим положением, отсутствие напряжения. Этому типу более соответствуют *сангвиники*:

«Каждый сангвиник всегда весельчак и шутник
по натуре,
Падкий до всякой молвы и внимать неустанно готовый,
Вакх и Венера — услада ему, и еда, и веселье;
С ними он радости полон, и речь его сладостно льется.
Склонностью он обладает к наукам любим и способен.
Чтоб ни случилось, — но он нелегко распаляется гневом.
Влюбчивый, щедрый, веселый, смеющийся,
румянолицый,
Любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый».

Существует и **поведение типа С**, которым отличаются люди робкие, скованные, находящиеся в постоянном ожидании неприятностей и ударов судьбы, — *меланхолики*:

«Только про черную желчь мы еще ничего не сказали;
Странных людей порождает она, молчаливых и мрачных.
Тверды в намереньях, но лишь опасностей ждут
отовсюду.

Жадны, печальны, их зависть грызет, своего не упустят,
Робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета».

В современном обществе, для которого характерны урбанизация, индустриализация, высокие технологии и информатизация, этот постоянно нарастающий ритм жизни максимально благоприятствует повсеместному распространению поведения типа А. Даже лица, по темпераменту не склонные к такому поведению, стремятся не быть «белой вороной» и волей-неволей копируют этот стиль поведения.

Общество навязывает стереотип личности с поведением типа А как наиболее «успешной» и «удачливой», как «счастливей» и «состоявшейся».

Поэтому этот стиль поведения распространяется, как эпидемия, — люди хотят не только быть счастливыми, а обязательно счастливыми «как все».

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ИМ

ИМ возникает в результате несоответствия кровотока в сосудах, измененных атеросклерозом, запросам миокарда.

Главную роль в этом играют три взаимосвязанных процесса: разрыв атеросклеротической бляшки, наложение кровяного сгустка (тромба) на такую бляшку и сосудистый спазм.

Резкий подъем артериального давления и (или) ускорение биения сердца, активация симпатoadренальной системы² ведут к усилению сердечного кровотока и спазму сердечных сосудов. Сила, с которой кровь давит на стенки сосудов, проходя по ним, многократно возрастает. Если бляшка не выдержива-

² Проще говоря, стресс.

ет этого гидродинамического удара, она разрывается. Кровь на это событие реагирует увеличением свертываемости, что приводит к образованию тромба в месте разрыва бляшки, а пораженный сосуд спазмируется. Возникает закупорка сосуда. Весь участок мышцы сердца, который кровоснабжался пострадавшим сосудом, погибает.

Чаще всего не выдерживают удара так называемые нестабильные «молодые» бляшки. В их состав входит большое количество жиров, а ядро имеет наибольший тромбогенный потенциал. Уязвимость бляшки не коррелирует ни с величиной сосуда, ни со степенью его сужения. Это объясняет тот факт, что в 65 % случаев ИМ закупорка сосуда возникает, когда бляшка занимает не более 50 % просвета сосуда, в 20 % сужение составляет 50–70 % и только в 15 % — более 70 %.

Вот почему ИМ возникает часто внезапно, особенно у молодых, без каких-либо симптомов-предвестников. В настоящее время отличить нестабильную бляшку от стабильной чрезвычайно затруднительно.

Процесс заживления (стабилизации) разорванной бляшки заключается в прорастании образовавшегося конгломерата соединительной тканью. По времени этот процесс занимает около двух месяцев. На протяжении всего этого периода в большинстве (до 70 %) случаев сохраняются признаки нестабильности бляшки.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИМ

Для определения объема лекарственной терапии и оценки прогноза важное значение имеют клиническое течение и степень поражения сердечной мышцы.

По *клиническому течению* возможны два варианта ИМ: осложненный и неосложненный.

Степень поражения характеризуется локализацией и глубиной.

Как правило, ИМ поражает стенки левого желудочка сердца, поэтому если говорят об инфаркте, то обычно речь идет именно об этом отделе.

Локализация описывается по названиям стенок левого желудочка: передний, задний, боковой, перегородочный ИМ и их комбинации³. Бывают инфаркты правого желудочка и даже предсердий, но они, как правило, встречаются редко и всегда сопровождаются поражением левого желудочка.

Глубина поражения описывается с применением электрокардиографических терминов.

Электрокардиограмма (ЭКГ) представляет собой определенного вида кривую, и каждый из зубцов обозначается латинской буквой и несет информацию об определенных процессах в миокарде. Зубец Q отражает степень поражения (некротизации) сердечной стенки. В тех случаях, когда ИМ затрагивает более 50 % толщины мышечной стенки сердца, зубец Q становится большим, и тогда ИМ называют Q-положительным⁴. Если поражение неглубокое, то зубец Q отсутствует или очень маленький. Такой ИМ называют Q-негативным⁵.

Даже самый небольшой Q-негативный ИМ может нести в себе высокий риск осложнений и повторного инфаркта. В англоязычной литературе Q-негативный ИМ порой называют более определенно — «незавершенный инфаркт», тем самым подчеркивая возможность дальнейшего углубления поражения.

Таким образом, существуют три классификации ИМ:

— *по клиническому течению* — осложненный и неосложненный;

— *по локализации* — передний, задний, боковой, перегородочный и их комбинации с вовлечением других отделов сердца (например, правого желудочка);

— *по глубине поражения* — Q-положительный и Q-негативный.

ВАЖНО ЗНАТЬ!!!

Любой ИМ опасен для жизни. Имеет значение факт произошедшего события, а уж потом — масштаб поражения инфарктом.

³ В этих случаях говорят, например, «передний с вовлечением боковых отделов ИМ».

⁴ Ранее назывался трансмуральным (затрагивающий все слои миокарда) или крупноочаговым (затрагивающий большую часть стенки сердца).

⁵ Ранее назывался мелкоочаговым (затрагивающий меньшую часть стенки сердца).

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ИМ

1827 г. — Ж. Крювельер впервые описал патологоанатомические признаки ИМ.

1878 г. — А. Хаммером поставлен первый прижизненный диагноз.

1883–1891 гг. — Ф. Ф. Меринг (1883), Е. Лейден (1884), Г. Куршманн (1891) осуществили единичные случаи прижизненной диагностики.

1909 г. 19 декабря — В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско сделали доклад «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца» на I съезде российских терапевтов в Москве. Материалом для доклада послужили наблюдения авторов, сделанные в 1899–1908 гг. над тремя больными.

Учеными впервые было дано развернутое описание клинической картины ИМ, что значительно расширило возможности врачей диагностировать ИМ при жизни. Прений и обсуждения доклада не было. Вероятно, современников не заинтересовала данная тема ввиду большой редкости заболевания.

1911 г. — Х. Хохгаус публикует в журнале «Deutsche medizinische Wochenschrift» наблюдения, в которых, основываясь на описанной В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско симптоматологии, поставил прижизненный диагноз ИМ у четырех больных.

1912 г. — Дж. Херрик в своей газете описал случаи прижизненной диагностики ИМ. Предложил постельный режим в качестве лечебного средства. Публикация была полностью проигнорирована современниками, о чем писал сам Дж. Херрик в своих воспоминаниях.

1918 г. — Дж. Херрик и Ф. Смит дали описание ЭКГ-признаков при экспериментальном ИМ.

1920 г. — Г. Парди описал ЭКГ-признаки ИМ в клинической практике.

1923 г. — Дж. Верн описал клинико-патологоанатомические параллели у 19 пациентов с ИМ.

1928 г. — Дж. Паркинсон и Г. Бэдфорд подвели итоги своих исследований у 100 пациентов с ИМ в журнале «Lancet» — самом известном и авторитетном медицинском издании Великобритании.