



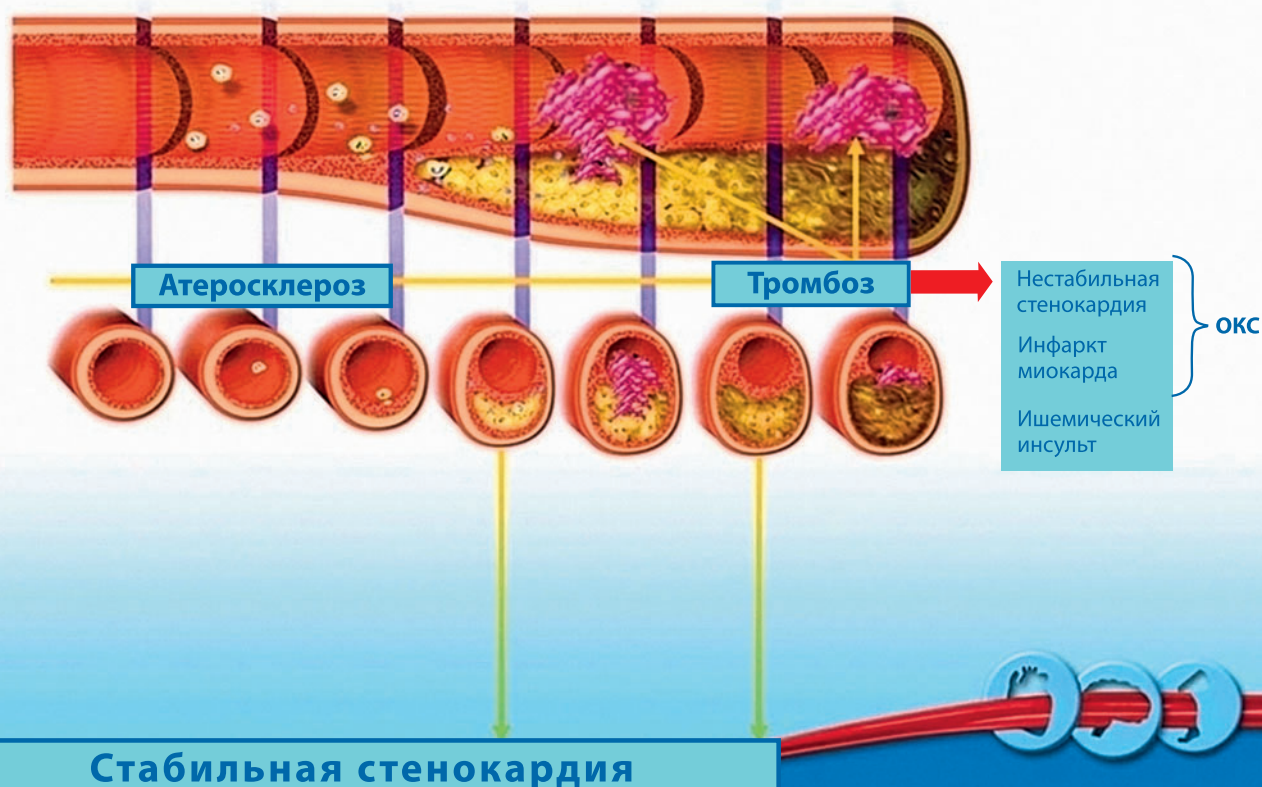
# ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

**С**ердце человека - мышечный насос, постоянно перекачивающий кровь ко всем тканям организма. Работа сердечной мышцы требует бесперебойного поступления кислорода и питательных веществ и обеспечивается кровотоком по собственным артериям сердца - коронарным артериям.

В течение жизни, и при наличии факторов риска, в стенках коронарных артерий скапливается

холестерин, образующий атеросклеротические бляшки, которые сужают просвет артерии. Первые клинические симптомы ишемии миокарда развиваются при изменении просвета артерии более чем на 70 %, и проявляются давящими болями за грудиной при физической нагрузке. Такая боль исчезает при отдыхе или при приеме нитратов.

## Атеросклероз → Атеротромбоз



**О**днако основная угроза атеросклероза связана с развитием воспаления внутри бляшки и разрывом внутренней стенки артерии с последующим образованием тромба и ограничением кровотока в артерии (частичным или полным). Данный механизм (атеротромбоз) является причиной развития нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда более чем в 90 % всех случаев.

Чем больше объем миокарда в зоне ишемии, тем выше риск нарушения насосной функции сердца и развития осложнений. Критериями высокого риска являются:

1. Ангинозные боли, возникающие в покое.
2. Болевые эпизоды продолжительностью более 20 минут.
3. Снижение артериального давления на фоне

ангинозных болей.

4. Появление одышки на фоне ангинозных болей.

5. Изменения ЭКГ.

6. Развитие желудочковых нарушений ритма.

7. Повышение концентрации маркеров некроза миокарда (креатинфосфокиназа, тропонин Т, тропонин I).

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных критериев служит показанием к выполнению коронароангиографии в первые дни госпитализации.

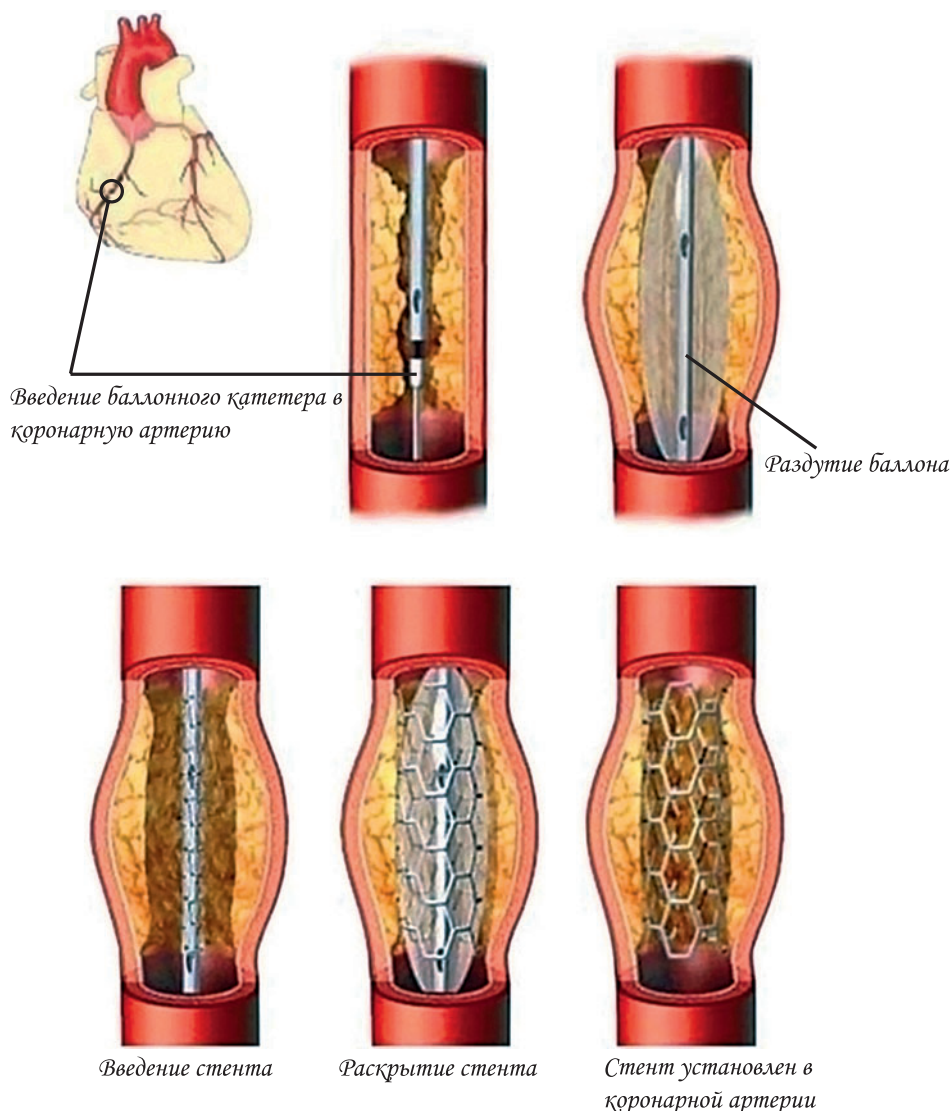
Коронароангиография позволяет наиболее точно оценить просвет коронарной артерии: выявить количество и степень сужений, принять решение о необходимости стентирования или аортокоронарного шунтирования.

**К**оронароангиография выполняется в рентген-операционной.

Под местной анестезией производится пункция и катетеризация бедренной артерии, затем к устью коронарной артерии проводится тонкий диагностический катетер, через который артерия заполняется рентген-контрастным веществом - специальной жидкостью, не пропускающей рентгеновские лучи. В момент полного заполнения артерии снимается короткий фильм, на котором изображен «слепок» просвета артерии. Обычно делается 6-8 таких

фильмов в разных проекциях, и вся процедура занимает 30-40 минут, после чего на место пункции бедренной артерии накладывается давящая повязка.

Стентирование коронарной артерии - это малоинвазивная процедура, в ходе которой просвет артерии расширяется изнутри баллоном, а затем имплантируется специальный эндопротез-стент. Таким образом восстанавливается кровоток и обеспечение сердечной мышцы кислородом.



**П**осле стентирования очень важна лекарственная терапия.

У пациентов с острой коронарной патологией процесс «врастания» стента в стенку артерии продолжается 9-12 месяцев, в течение этого времени важен аккуратный прием лекарственных препаратов, препятствующих тромбообразованию.

Пациентам минимум в течение года необходимо принимать Плавикс + аспирин.

Изменение лекарственной терапии возможно только после консультации с лечащим врачом и рентген-хирургом.

Пациент, не имеющий инвалидности, в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда может получать Плавикс бесплатно по Региональному Льготному Обеспечению, рецепты выписывает кардиолог или терапевт поликлиники по месту жительства.

Зам. Гл. врача по диагностике,  
Зав. отд. Рентгенологии  
Булатов Мансур Абдрашидович

Зав. отд. Ангиографии  
Тепляков Дмитрий Валентинович

# Диагноз: нестабильная стенокардия

## Коронароангиография

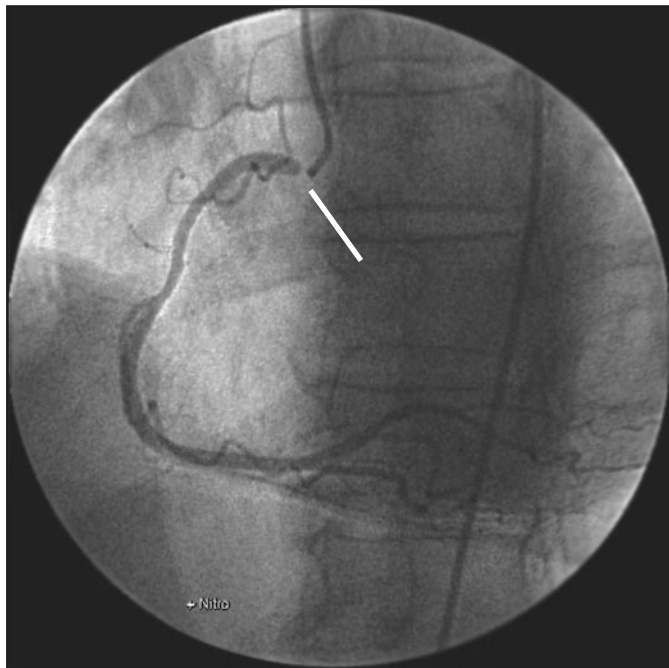


Рис. 1  
Субокклюзия устья правой коронарной артерии

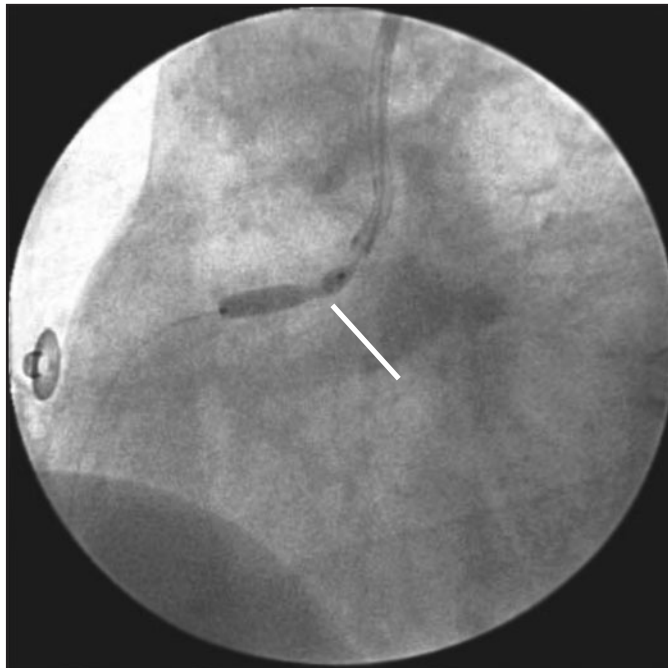


Рис. 2  
Имплантация стента

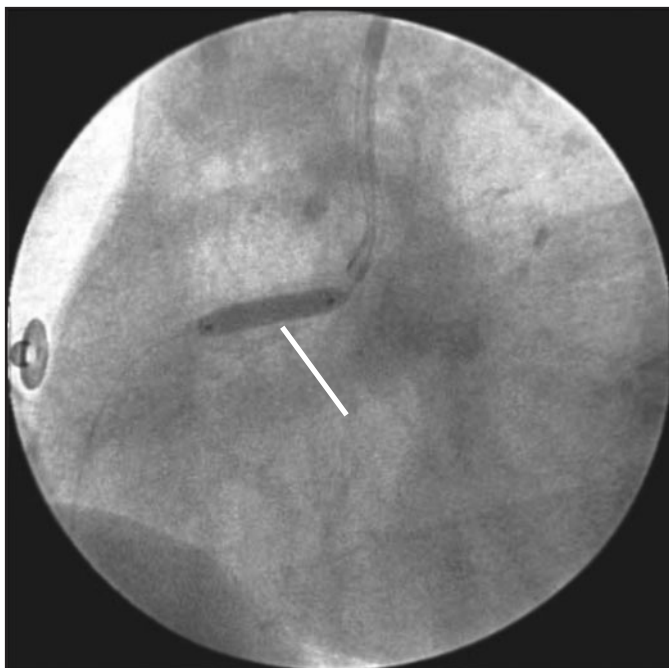


Рис. 3  
Имплантация стента



Рис. 4  
Результат