

ИНФАРКТ НА МИОКАРДОТ Myocardial infarction



Миокардниот инфаркт (МИ) познат како срцев напад претставува некроза на специфични подрачја од срцевниот мускул ,заради намалувањето или прекилот на доток на крв па така и на кислород. Според Европската асоцијација за срце,Американскиот колеџ за кардиологија и Американската асоцијација за срце,миокарден инфаркт се дијагностицира кога се среќаваат следните состојби:

1. Позитивни биомаркери (позитивен Тропонин тест) со исхемични симптоми, електрокардиографски промени и знаци на некроза на срцеви ткива при ангиографија.
2. Некроза на срцева мускулатура и срцева смрт без потврда од кардиолошките биомаркери.

Не е невообичаено да се имаат знаци за доаѓачкиот МИ дури и неколку недели пред неговата манифестација.Предупредувачки знак за акутна состојба може да биде чувство на притисок и затегнување во градите,дискомфорт и замор кои не се поврзани со секојдневната рутина. Најтипичен симптом на МИ е тешка ретростернална болка,која трае 30-60 минути и може да се шири кон вратот и вилицата нагоре и/или надолу во левата рака.

Често е опишано како чувство на жежење или интензивен притисок во градите (или како да има голема тежина поставена на градите).Некогаш инфарктот се крие зад чувство на полн stomак и гасови.Како и да е, ненадеен почеток без предупредувачки знаци и само тешка болка и потење,не е ретко. Понатаму,кај дијабетичарите “тивок” инфаркт може да се открие само со ЕКГ.

Дали е можно ефективно да се менаџираат симптомите?

Во случај на појава на горните симптоми,лицето или некој во близина,треба да повика итна помош опишувајќи ги комплетно симптомите,или да биде однесен до најблиската болница.

Екипата од итната помош ќе направи ЕКГ и ќе го детектира инфарктот.Веднаш се вклучува на интравенозна инфузија и се дава кислород.Во некои земји предхоспиталното менаџирање на МИ вклучува и администрација

на аспирин и нитроглицери во спреј или под јазик, за време на транспортот до болница. Во Грција, ако е повикано возило на итна помош лекар е присутен во него и го следи стандардниот протокол за МИ. Ако пак е повикано возило од служба со парамедици тогаш се администрира аспирин и нитрати (изосорбид динитрат или пенсордил) и по потреба адреналин. Ваква интервенција се изведува ако пациентот е свесен и има отчукувања на срцето.

Во случај на cardiac arrest, ако нема расположив медицински тим во моментот Кардиопулмонална реанимација може да изведе секој со соодветно знаење и истовремено да повика итна медицинска помош. Во зависност од оштетувањето на срцевиот мускул дефибрилација и администрација на лекови е потребна.

Во болницата во одделот за несреќи и вонредни состојби (ургентна служба), ако лицето е свесно и со отчукување на срцето, ќе се направи ЕКГ и ќе се администрира нитроглицерин (за васкуларна дилатација), аспирин, лекови против болки (за акутна болка) и кислород. Американската асоцијација за срце предлага за сите пациенти со миокарден инфаркт администрирање на β -блокатори (атенолол или метопролол), со цел да се намали срцевиот ритам и крвниот притисок. Овие пациенти се хоспитализираат во Интензивната коронарна нега, каде што се ставаат на континуиран мониторинг. Доколку лицето пристигнало во болницата во рок од 90 минути од епизодата, а болницата има хемодинамска единица, се врши ангиографија и ангиопластика, доколку е потребно. Меѓутоа, ако поминале повеќе од два часа или ако нема пристап до хемодинамска единица, специјален агенс наречен тромболитичен агенс се администрира интравенозно. Пациентот треба да биде под 24-часовно следење за да се избегнат несакани ефекти и компликации од администрацијата на лекови (крварење).

По стабилизацијата и третманот на акутната фаза на миокардниот инфаркт, лицето се испишува од болницата со упатства за понатамошно лекување, како и други инструкции што треба да ги следи до крајот на својот живот. Пациентот, за време на хоспитализацијата, треба да биде информиран од страна на здравствените работници (лекар, диететичар, медицинска сестра) за исхраната по отпуштањето. Усвојувањето на диета со малку масти и сол, со овошје и зеленчук е од суштинско значење. Вообичаено е да се предложи подготвена испечатена диета или листа на храна што треба да се преферира.

Понатаму, важно е да се почни со вежби неколку недели после инфарктот. Препорачливо е исклучиво пешачење 20-30 минути дневно. Истовремено треба да се остави пушењето и ако е потребно да се побара стручна помош за истото.

Кои се причините за миокарден инфаркт?

Атеросклерозата е водечка причина за миокардниот инфаркт. Одвојувањето на дел од атероматозната плоча во крвните садови е одговорно за формирање на тромб. Ова мало или поголемо парче атеросклеротична плака ги активира тромбоцитите, крвната компонента и механизмот за коагулација на крвта, создавајќи тромб кој патува низ крвните садови до местото каде што застанува

и се заглавува. Оваа точка може да биде во помал или поголем сад, во зависност од големината на тромбот. Од точката на заглавување и периферно срцевиот мускул повеќе не функционира.

Покрај атеросклерозата причина за МИ може да биде и хипертрофична кардиомиопатија, коронарна анеуризма, дисекција или руптура на аорта, тешко крвараење или перзистентна тешка анемија и користење на супстанции како кокаин, амфетамин или ефедрин. Конечно акутна коронарна инфламација или абнормалност во градбата на срцето може да предизвика срцев напад кај деца или адолесценти.

Дали може да се превенира Миокардниот инфаркт?

Превенцијата до некаде е можна. Луѓе со фамилијарна историја за срцеви проблеми и/или со синдром на ненадејна смрт треба да се прегледуват на одредени временски интервали за да се открие евентуален проблем. Плус, бројни отежнувачки фактори може да се променат за да се намалат шансите за МИ. Пушењето, дебелината, живот со седење, недостаток на физичка активност, нездрави диети и интензивни стресови се дел од нив. Во исто време правилно менаџирање на покачен холестерол и триглицериди, дијабет, хипертензија и периферни васкуларни заболувања придонесуваат за превенција или лимитирање на можностите за МИ.

Референци

Anderson J & Morrow D. (2017). Acute Myocardial Infarction. *N Eng J Med* 376: 2053-2064.

Chatzizisis YS, Coskun AU, Jonas M, Edelman ER, Feidman CL, Stone PH. (2007). Role of endothelial shear stress in the natural history of coronary atherosclerosis and vascular remodeling: molecular, cellular, and vascular behavior. *Journal of American College of Cardiology* 49(5): 2379-2393.

Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes M, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio A, Crea F, Goudevenos J, Hindricks S, Kastrati A, Lenzen M, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimsky P for the ESC Scientific Document Group. (2018). 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). *European heart Journal* 39(2): 119-177.

Kingsbury K for the Cardiac Care Network of Ontario. (2013). Management of acute coronary syndromes. Published by Cardiac Care Network, Ontario, Canada.

McDaniel MC, Willis P, Walker B (2008). Plaque necrotic core content is greater immediately distal to bifurcations compared to bifurcations in the proximal lad of patients with CAD. *American Journal of Cardiology* 102(8): 242.