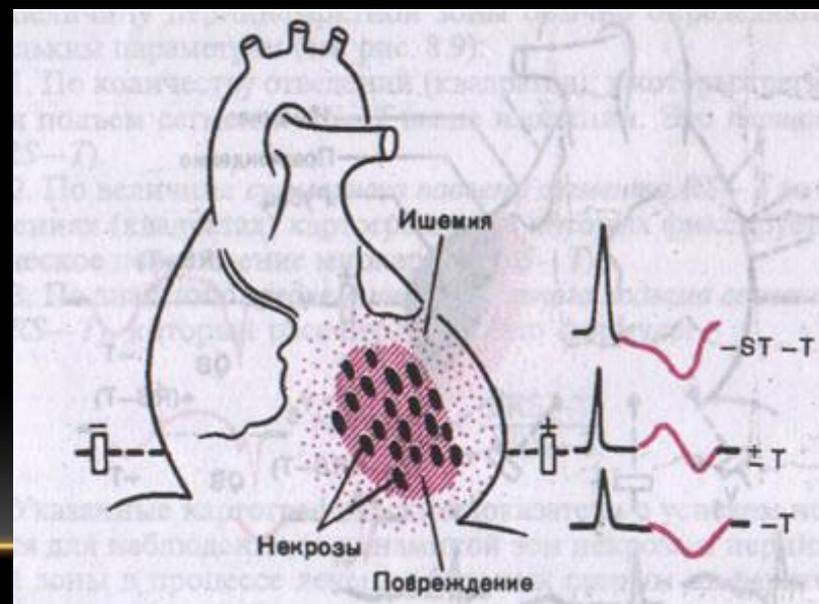
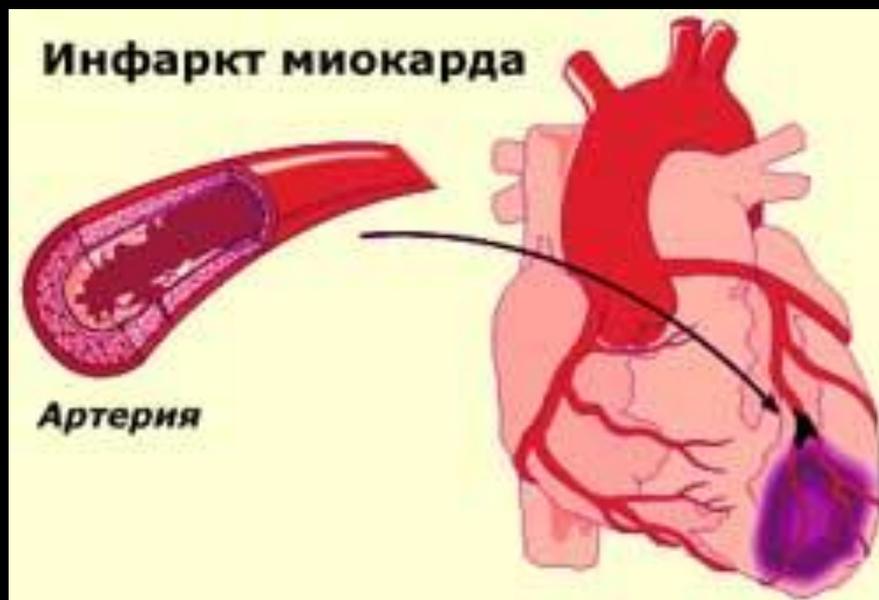


# Введение

ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ  
ИНФАРКТМ МИОКАРДА  
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ  
ИМЕЕТ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ. ОНА  
ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ОЧАГ НЕКРОЗА,  
ОПРЕДЕЛИТЬ ЕГО РАЗМЕРЫ, ГЛУБИНУ,  
ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ, А  
ТАКЖЕ СЛЕДИТЬ ЗА ДИНАМИКОЙ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ.

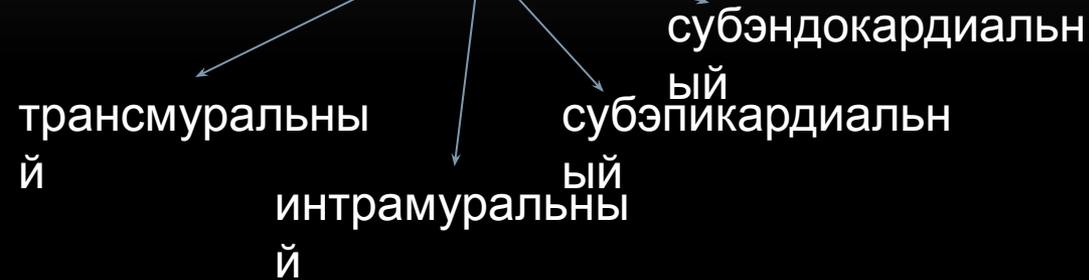
# Инфаркт миокарда

- это омертвление (некроз) части сердечной мышцы, возникающее в результате нарушения кровообращения, что приводит к недостаточному питанию сердечной мышцы кислородом.



# КЛАССИФИКАЦИЯ ИИФД КТА МИОКАРДА

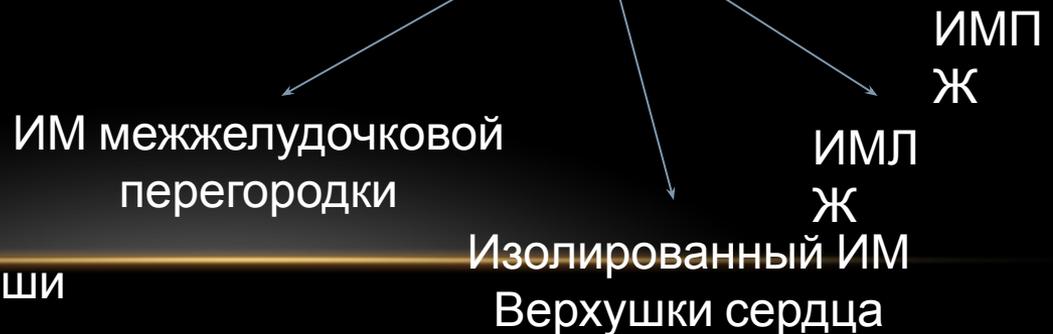
## По анатомии поражения



## По объему поражения



## По локализации очага некроза



## По стадиям развития



## Характер изменений ЭКГ зависит от ряда факторов:

- обратимость поражения (например, ишемия или инфаркт миокарда);

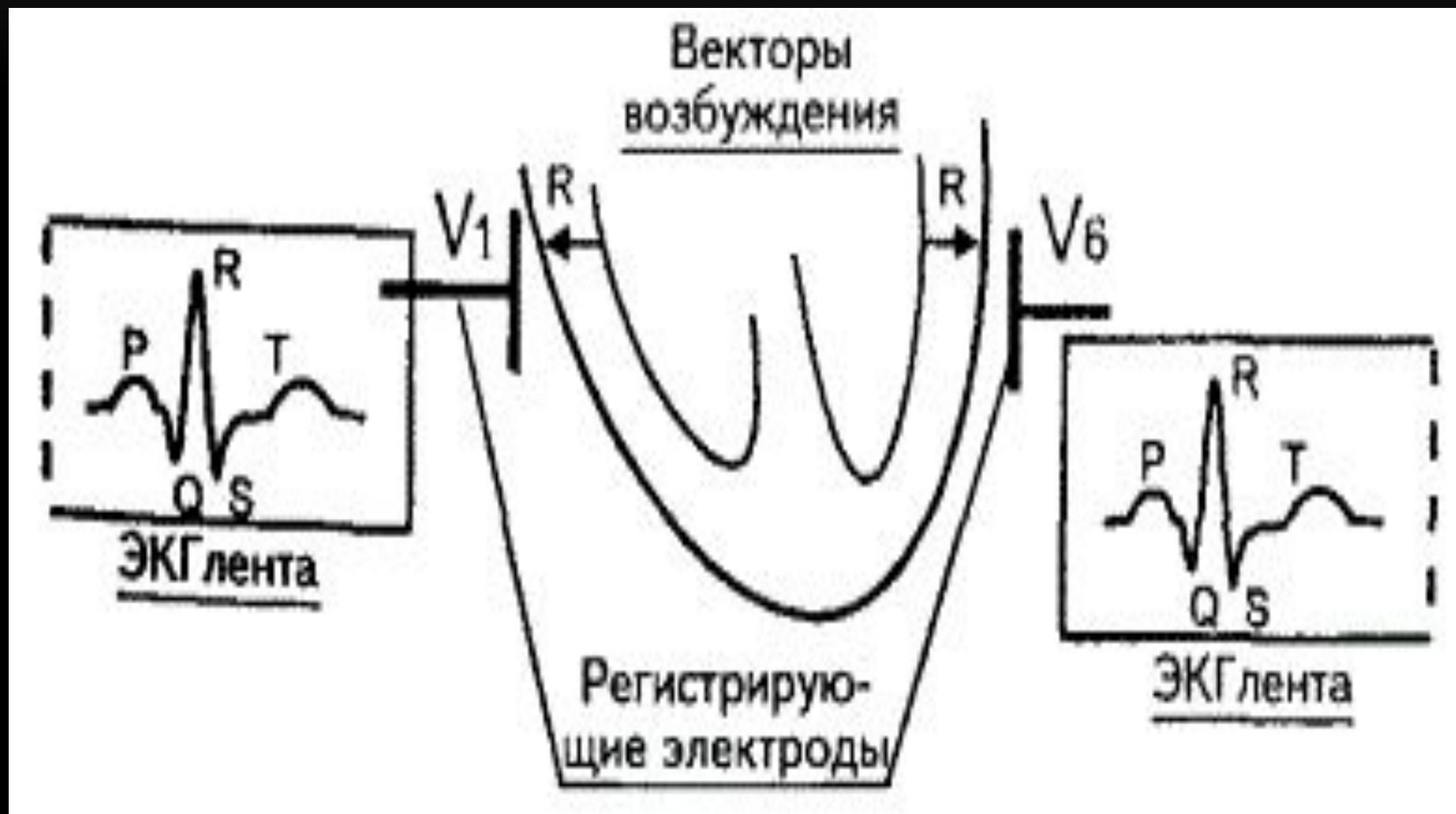
- давность заболевания (инфаркт миокарда или постинфарктный кардиосклероз);

- глубина поражения (трансмуральный или субэндокардиальный инфаркт миокарда);

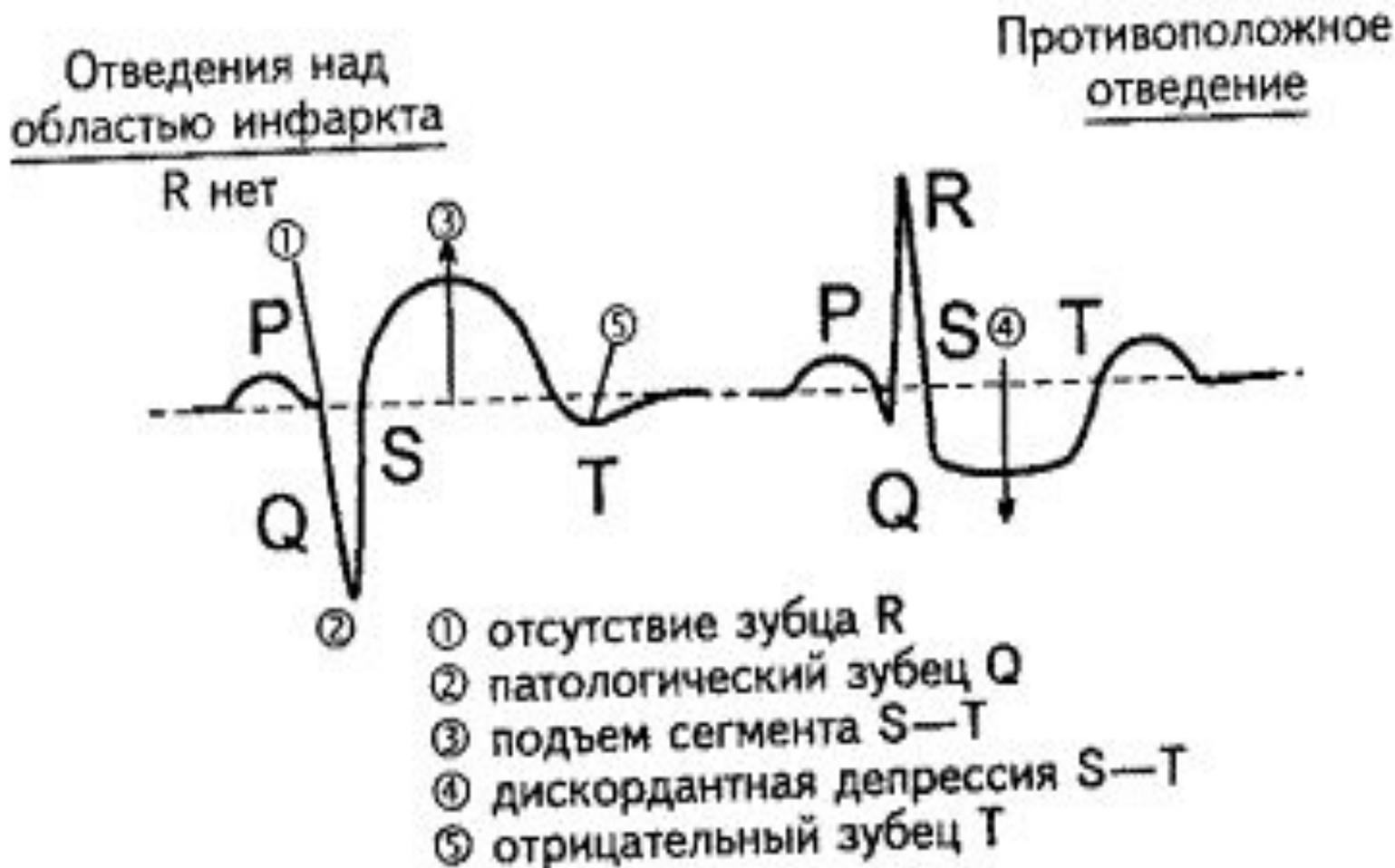
- локализация (передний или нижний инфаркт миокарда);

- сопутствующие нарушения (гипертрофия миокарда, нарушения проводимости).

Существуют основные признаки инфаркта миокарда.  
На рисунке представлена электрокардиограмма  
нормально функционирующего сердца.

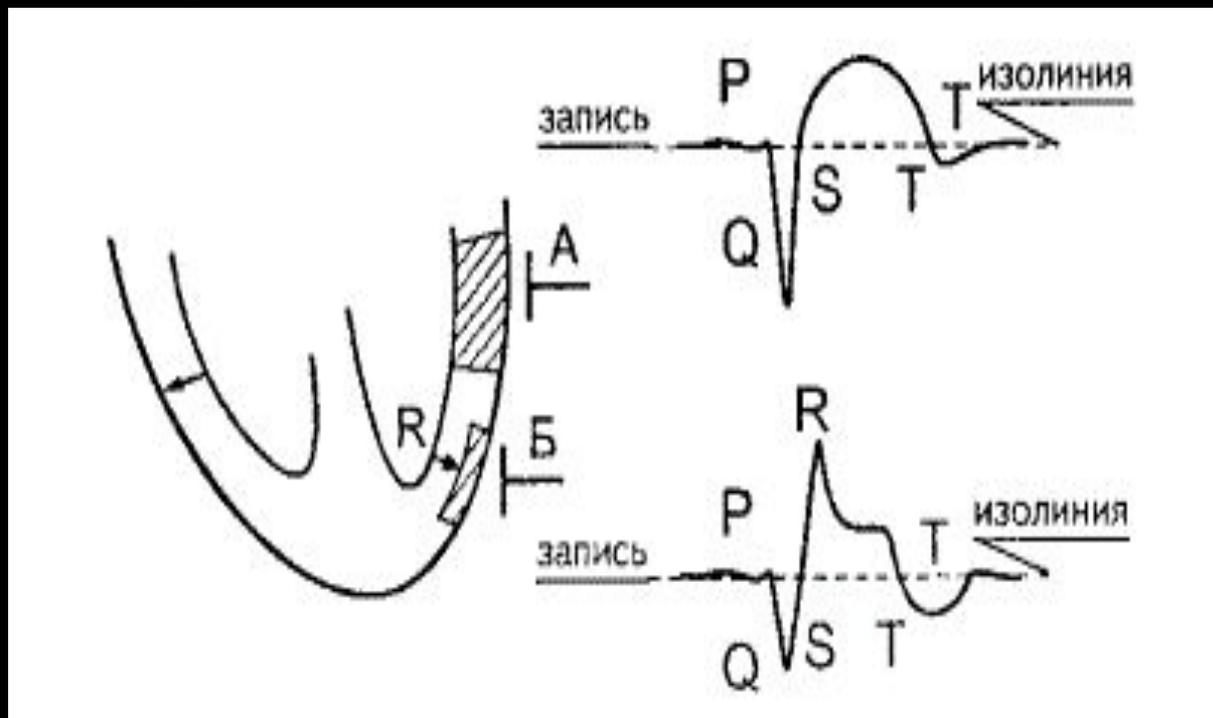


# ЭКГ С ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА.



# В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ ДВА ТИПА ИНФАРКТА:

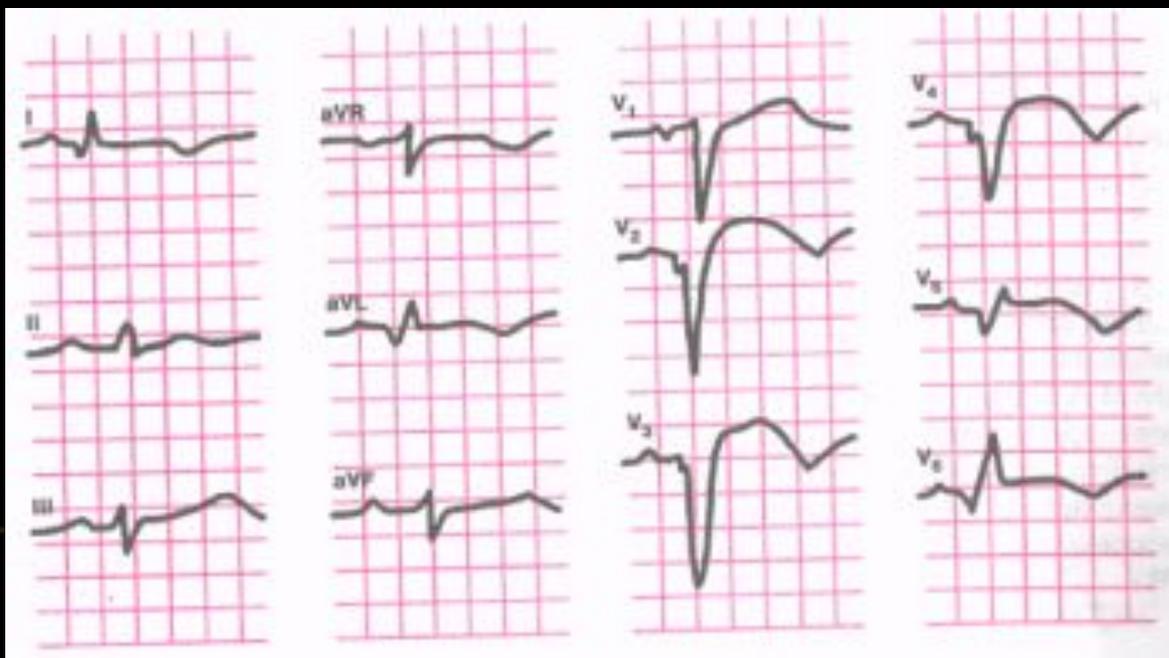
1. **Крупноочаговый инфаркт, трансмуральный** (некроз, захватывающий все слои миокарда), Q-инфаркт. Для данного типа характерна следующая картина ЭКГ



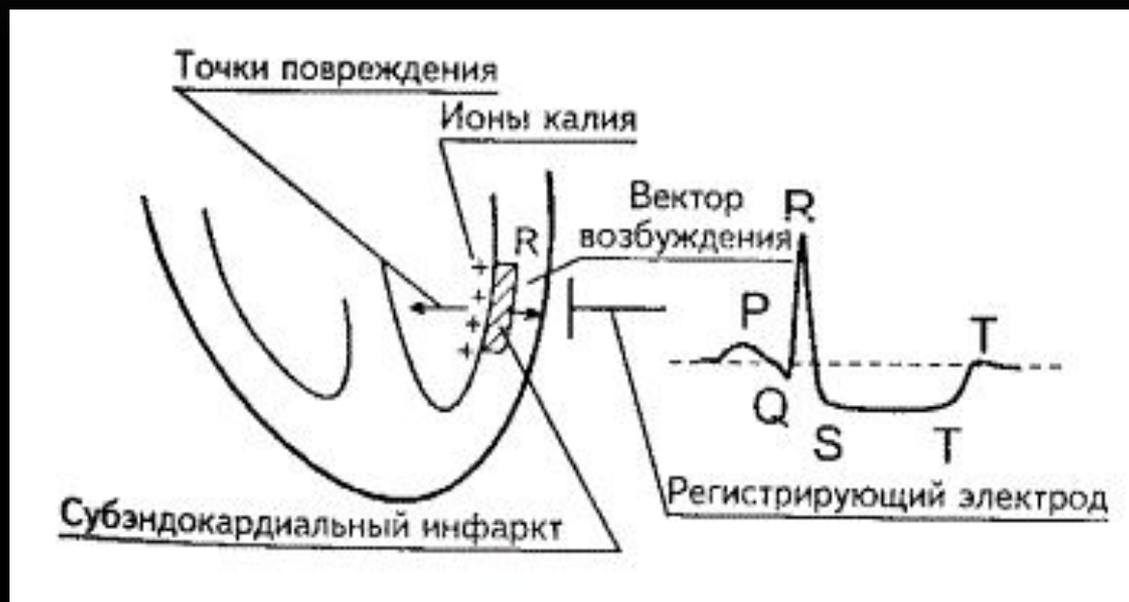
А – электрод, регистрирует зубец Q,

Б – электрод, направленный на регистрацию зубца R).

Измеряя амплитуду зубцов R и Q, можно определить глубину поражения сердца в зоне инфаркта. Существует деление крупноочагового инфаркта миокарда на трансмуральный (в этом случае R-зубец будет отсутствовать) и субэпикардальный. При трансмуральном инфаркте миокарда регистрируется комплекс QS хотя бы в одном из следующих отведений: aVL, I, II, III, aVF или QR (если Q больше 0,03 сек и Q/R больше 1/3 зубца R во II, III, aVF).



- **2. Мелкоочаговый инфаркт (не Q-инфаркт).**  
Выделяют два типа мелкоочагового инфаркта. Первый тип – субэндокардиальный инфаркт (некроз участков сердца, прилегающих к эндокарду)

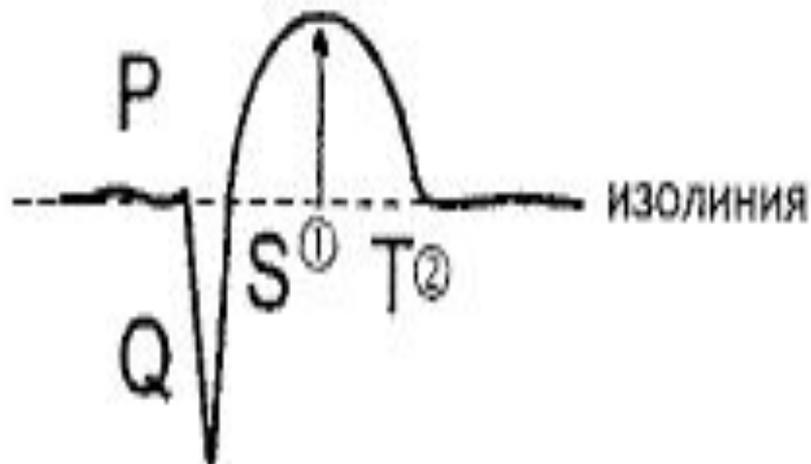


**Основным ЭКГ- признаком субэндокардиального инфаркта является смещение сегмента S-T ниже изоэлектрической линии, при этом не регистрируется патологический Q зубец в отведениях aVL и I.**

**Второй тип мелкоочагового инфаркта — интрамуральный (омертвление стенки миокарда, но при этом эндокард и эпикард не повреждены)**

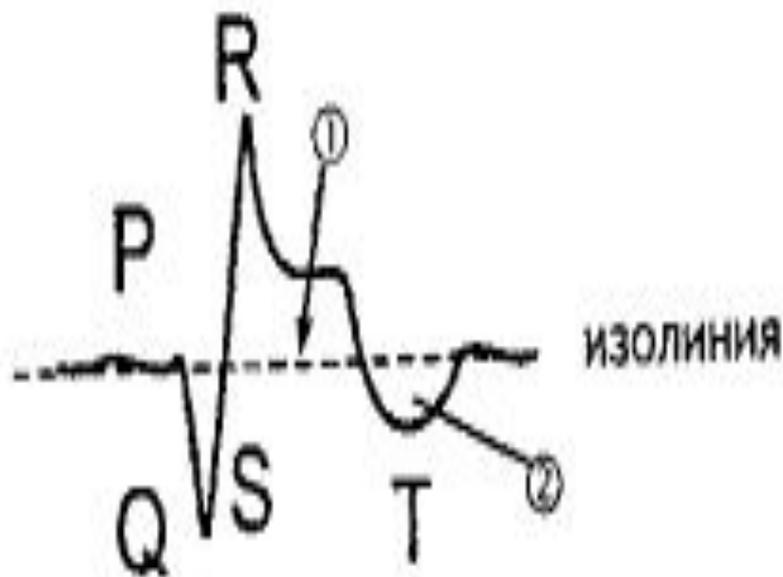


- **Крупноочаговый инфаркт имеет определенную стадийность и включает в себя следующие этапы:**
- **1. Острейший – продолжается несколько минут или часов от развития ишемии до возникновения некроза**
- **2. Острый – период, в течение которого образуется окончательный участок некроза, происходит воспаление окружающих тканей и формируется рубец.**



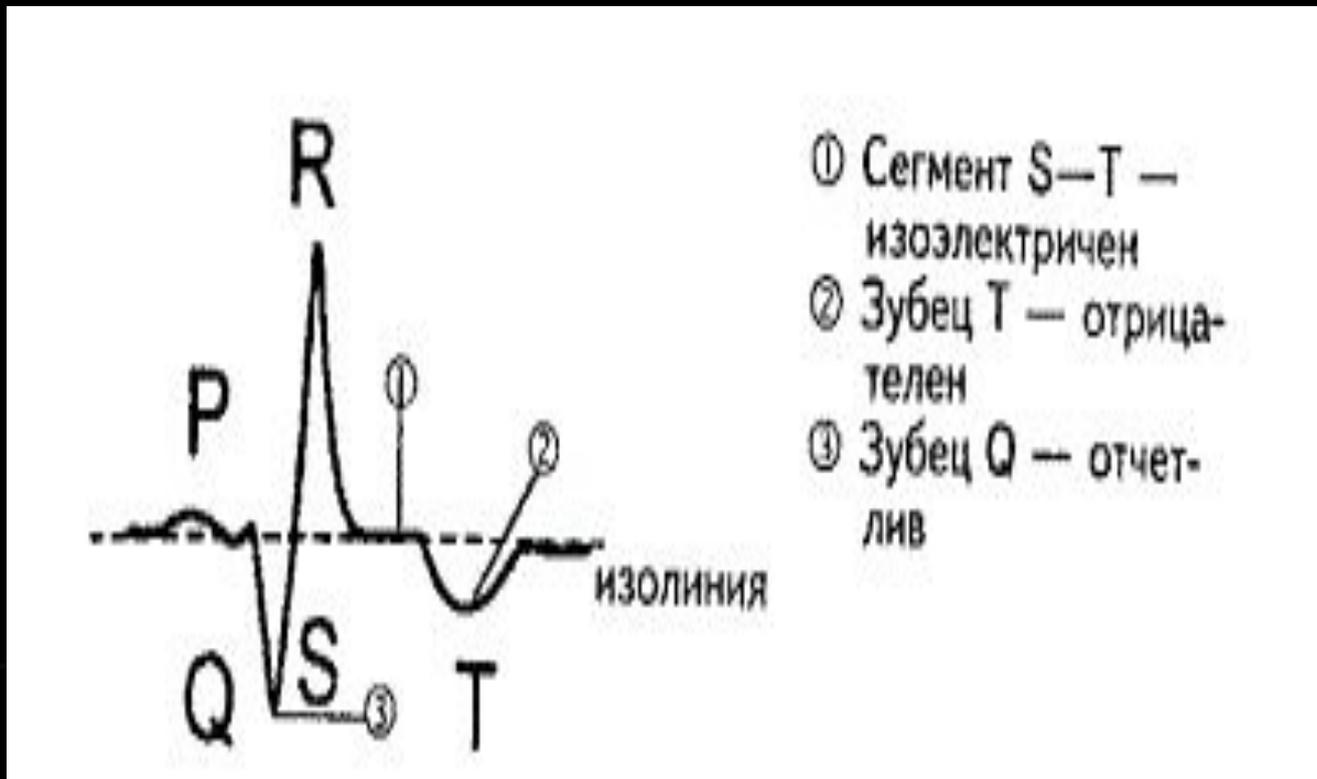
- ① Сегмент S—T --- выше изолинии
- ② Зубец T не дифференцируется

- **3. Подострый** – период, когда идет окончательное формирование рубца, замещается некротическая ткань грануляционной. Это происходит до 4–5-й недели от начала заболевания. В этот период на электрокардиограмме будут видны следующие изменения:



- ① Сегмент S—T начинает опускаться к изолинии
- ② Появляется отрицательный зубец T

- Период рубцевания – после двух месяцев до двух-трех лет. Постинфарктный период – период, когда окончательно формируется и уплотняется рубец, а сердце привыкает к новым условиям работы. В этот период на электрокардиограмме видны следующие изменения:



**Чтобы определить локализацию инфаркта миокарда необходимо обратить внимание, какое отведение регистрирует характерные изменения:**

- **Переднеперегородочный инфаркт миокарда – I, aVL, V1, V2, V3;**
- **Переднегородочно-верхушечный – I, aVL, V1, V2, V3, V4;**
- **Переднегородочно-верхушечно-боковой – I, aVL, V1, V2, V3, V4, V5, V6;**
- **Нижний – II, III, aVF;**
- **Нижнебоковой – II, III, aVF, V5, V6.**

# **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**При распознавании всех форм инфаркта миокарда, электрокардиографическое исследование весьма ценно, но при условии постоянного контакта врача с больным.**

**Однако окончательный диагноз на основании анамнеза, клинических, электрокардиографических, лабораторных и других данных дополнительного обследования ставит лечащий врач у постели больного.**

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. – 1991.
- Пропедевтика внутренних болезней. Под ред. Алексеева Г.И., Виноградского О.В. – ВМА, 1987.
- E. Braunwald. A Textbook of CV Medicine. – 5 ed., 1997.
- Материалы [www. google.ru](http://www.google.ru)