

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика
Академиясы
Интерндер Терапия кафедрасы

“Жедел коронарлы синдром ”

Дайындаған: Сарсенов Н
Тобы:603 ТКБ
Қабылдаған: Имашева М.А

Шымкент,2016

Жоспары:

Дәріс аяқталғаннан кейін сіздер білу керексіздер:

- Жедел коронарлы синдром(ЖКС) анықтамасы;
- Жедел коронарлы синдром классификациясы;
- Жедел коронарлы синдромның негізгі клиникалық синдромдарын, диагностикалау әдістерін, ЭКГ оқи білу ;
- Жедел коронарлы синдром кезінде шұғыл көмек көрсету алгоритмі.

● Клиникалық жағдай

- Науқас К., 55 жаста. Шақыру себебі: тыныс алудың қиындауы. Шағымдары: ауаның жетіспеу сезімі, тыныштық кездегі енгігу, төс артындағы қысып ауырсыну, ауырсыну сол жақ иыққа, жауырынға беріледі, өлімнен қорықу сезімі, әлсіздік.

- *Ауру тарихынан: 2-3 апта бойы тұншығу ұстамалары қайталанған. Науқастың жағдайы соңғы 2 сағатта нашарланған. Өз бетімен нитроглицеринді қабылдаған, бірақ науқастың жағдайы жақсармады, ауырсыну интенсивтілігі артуда.*
- *Өмір анамнезі: Анасы артериальды гипертензиямен ауырады, әкесі 55 жаста миокард инфарктісінен қайтыс болған.*
- *Зиянды әдеттері жоқ.*
- *Аллергиялық анамнезі: жоқ.*

- **Қарау кезінде:** Жағдайы орташа ауырлық дәрежеде, айқын ауырсынуға байланысты. Науқас қозғыш, мазасыз.
- Науқас гиперстеник, бойы 168 см, салмағы – 102 кг. Тері жабындысы ақшыл, ылғалды, маңдайы суық. Перифериялық ісінулер жоқ.
- Кеуде клеткасы қалыпты формалы. Аускультацияда өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ 20 рет минутына.
- Жүрек аймағында өзгерістер жоқ. Пальпациялағанда жүрек түрткісі – сол жақ бұзана орта сызығынан 1,5 см сыртқа 5-ші қабырға аралығында. Аускультацияда жүрек тондары тұйықталған, ритмі дұрыс, қолқа бағаны үстінде II тонның акценті. ЖЖЖ 90 рет минутына. АҚҚ 130/80 мм.сын.бағ.
- Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр оң қабырға доғасында пальпацияланады, ауырсынусыз.

Мәселе = СИМПТОМ

- *Науқас қозғыш, мазасыз, өлімнен қорықу сезімі;*
- *Ентігу, ауа жетіспеу сезімі*
- *Төс артындағы қысып ауырсынуы;*
- *Ұстама ұзақтығы 2 сағатқа созылған;*
- *Ауырсыну сол жақ қолға, жауырынга беріледі;*
- *Нитраттарды тіл астына қолданғанда нәтиже жоқ.*
- *Ауырсыну интенсивтілігі артуда*

Мәселе = СИМПТОМ

- *Тері жабындысы ақшыл. Гипергидроз, маңдайда суық тер;*
- *Семіздік ІІІ дәрежесі;*
- *Жүрек шекарасы сол жаққа кеңейген. Жүрек тондары тұйықталған, ритмі дұрыс. Қолқа бағанасы үстінде ІІ тонның акценті.*
- *ЭКГ: Синусты тахикардия. ЖСЖ 90 рет минутына. ST сегментінің изолиниядан төмен түсуі І, AVL, V5-V6. Осы тіркемелерде Т тісшесінің жоғалуы көрінеді.*
- Тропонинді тест: оң

Клиникалық синдромдар:

- Ауырсыну синдромы
- Ентігу синдромы
- Астено- вегетативті синдром

ЖКС диагностикалық критерилері:

- Аурудың біртіндеп басталуы;
- Ауырсыну төс артында, қысып, басып ауырсыну
- Ауырсыну сол жақ қолға және сол жақ жауырынға беріледі;
- Ауырсыну нитроглицеринмен басылмайды;
- Ауырсыну интенсивтілігі уақыт өте арта түседі;
- Науқас қозған, мазасыз, өлім сезімі.
- ЭКГ: Синусты тахикардия. ЖСЖ 90 рет минутына. ST сегментінің изолиниядан төмен түсуі I, AVL, V5-V6. Осы тіркемелерде Т тішесінің жоғалуы көрінеді.

Сіздің алғашқы

диагнозыңыз:

- Жедел коронарлы синдром. Жедел сол жақ қарыншаның жоғарғы бүйір қабырғасының субэпикардияльді миокард инфарктісі. Қан айналым жеткіліксіздігі О.

Анықтамасы

- *Жедел коронарлы синдром- жүректің ишемиялық ауруының клиникалық көрінісінің критикалық фазасы. Жедел коронарлы синдром – жедел миокард инфаркты немесе тұрақсыз стенокардияға күдік туғызатын кез-келген клиникалық, электрокардиографиялық, лабораторлық белгілермен көрінетін жедел миокард ишемиясы.*

Қауіпті факторлары:

- ✓ Егде және қарт жастағы адамдар;
- ✓ Артериальді гипертензия;
- ✓ Қантты диабет;
- ✓ Липидті алмасудың бұзылысы;
- ✓ Зиянды әдеттері;
- ✓ Абдоминальді семіздік;
- ✓ Отбасы анамнезінде ерте жүрек – тамыр аурулары бар болса.

ЭТИОЛОГИЯ

- *Коронарлы артериялардың атеросклероздық зақымдалуы;*
- *Атеросклероздық табақшаларда қан ұюы, интиманың сыдырылуы;*
- *Коронарлы тамырлардың ұзақ уақытты спазмы;*
- *Организмнің оттегіге деген сұраныстың тез жоғарлауы.*

Патогенез

- *Коронарлы тамырлардың окклюзиясы*
- *Миокардты оттегімен жеткіліксіз қамтамасыз етуі*
- *Жүрек бұлшықетінің некрозы*

Жедел коронарлы синдромның жіктелуі

Жедел коронарлы синдром

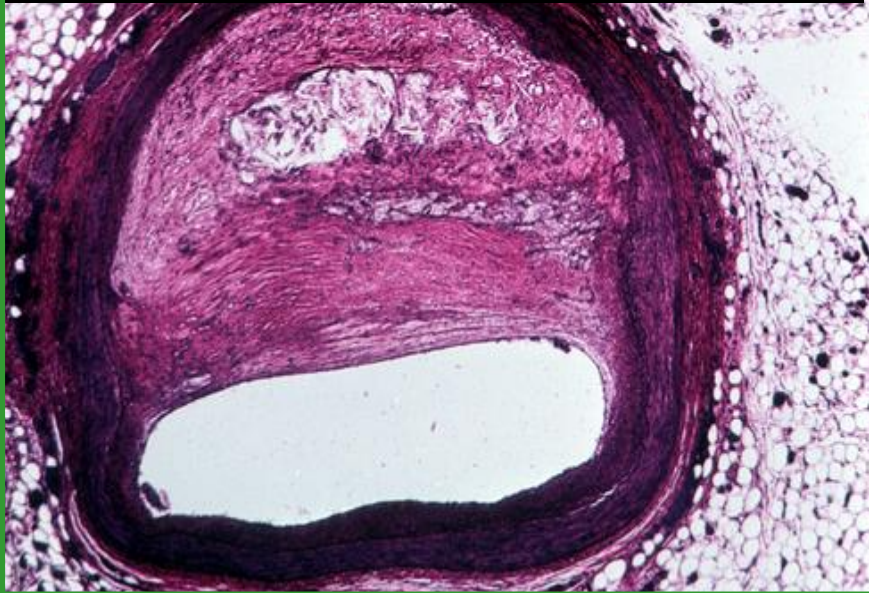
```
graph TD; A[Жедел коронарлы синдром] --> B[ST сегментінің көтерілуімен]; A --> C[Тұрақсыз стенокардия]; A --> D[ST сегментінің көтерілуінсіз];
```

ST сегментінің
көтерілуімен

Тұрақсыз
стенокардия

ST сегментінің
көтерілуінсіз

көтерілмеген

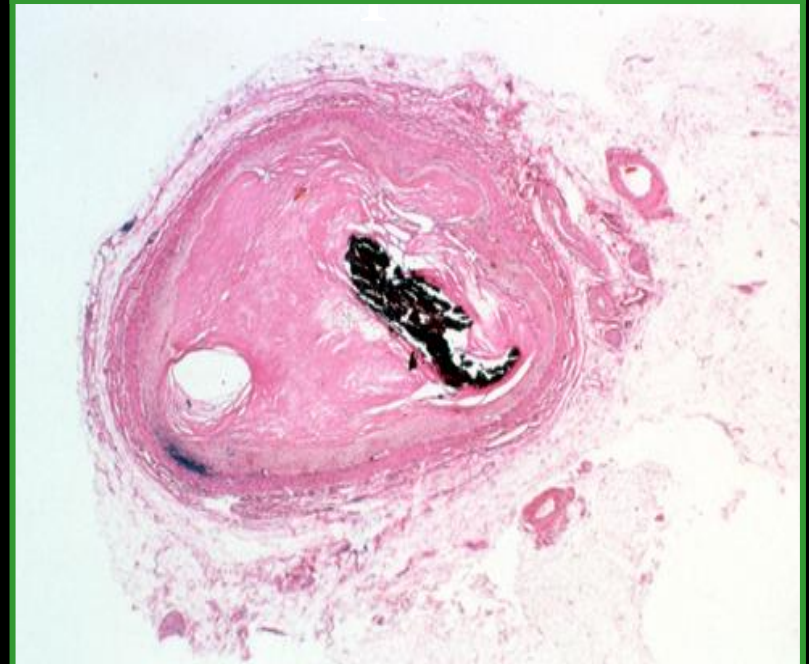


•Толық емес тромбпен бітелген

тұрақсыз стенокардия

• Q тісшесінсіз МИ

көтерілген



•Толықтай тромбпен бітелген

•миокард инфарктісі

Жедел коронарлы синдром жіктелуі

✓ ST сегментінің көтерілуінсіз,
5% жағдайда ЖКС әкеледі

1. Тұрақсыз стенокардия

2. Ұсақ ошақты миокард инфарктісі (МИ),
интрамуральді МИ

–Q-толқынынсыз МИ

–Q-толқынымен жүретін жедел МИ

1997-2001 жылдары

Тұрақсыз стенокардияның жіктелуі :

1. Алғаш пайда болған;

2. Үдемелі,

3. Инфарктан кейінгі стенокардия

формалары, ол тұрақты стенокардияға ауысыды немесе ұзақ уақыт ремиссия болады немесе жедел миокард инфарктісі пайда болып кенеттен өліммен аяқталады.

Тұрақсыз стенокардияның жіктелуі (Браунвальд бойынша).

I класс — алғаш пайда болған стенокардия (2 айдан аз аралықта), ауыр стенокардия немесе үдемелі стенокардия соңғы 2 ай аралығында тыныштық жағдайда ангинозды ұстамалары болмағанда.

II класс: жеделдеу стенокардия (48 сағаттан – 1 ай аралығында тыныштық жағдайда стенокардия ұстамалары болса).

III класс: жедел стенокардия (соңғы 48 сағат аралығында бір рет ангинозды ұстама болса).

- ✓ **A класс** — екіншілік тұрақсыз стенокардия, екіншілік қоздыратын факторлар (мысалы, анемия, инфекциянды аурулар, тиреотоксикоз салдарынан).
- ✓ **B класс** — біріншілік тұрақсыз стенокардия.
- ✓ **C класс** — постинфаркті стенокардия (МИ кейін 2 аптадан аз уақыт өткенде пайда болады).

Острый коронарный синдром.

Миокард инфарктісі-

абсолютті немесе салыстырмалы коронарлы жеткіліксізден пайда болатын жүрек тініндегі жедел некроздық ошақ.

Жедел коронарлы синдром

Жедел миокард инфарктісінің жіктелуі.

1. ST-T сегментінің көтерілуімен жүретін жедел миокард инфарктісі (трансмуральді, эпикардальді аймақты қанмен қамтамасыз ететін коронарлы артерияның окклюзиясы). Жиі толық окклюзия болғанда патологиялық Q- тішесі пайда болады.

- Q толқынды миокард инфарктісі.

2. ST-T сегментінің көтерілуінсіз жүретін миокард инфарктісі (интрамуральді, коронарлы артерияның толық емес окклюзиясымен немесе олардың стенозында пайда болады), жиі патологиялық Q тішесінсіз жүреді (ұсақ ошақты МИ).

Жедел коронарлы синдром

Зақымдалу тереңдігіне қарай:

Трансмуральді- -миокардтың барлық бөлігі зақымданған;
интрамуральді– белгілі бір қарыншалар қабырғасы ішінде, эндокардқа және эпикардқа жетпейді;
- субэпикардальді;
- субэндокардальді

ЭКГ: ST-T депрессиясы– субэндокардальді ишемия,
ST-T инверсиясы - трансмуральді ишемия,
QS комплексінің пайда болуы, R тісшесінің – некроз аймағында болмауы, трансмуральді инфаркт белгісі,
терең Q тісшесі, R тісшесі сақталғанда- интрамуральді МИ,
Q тісшесінсіз, T тісшесінің инверсиясы - ұсақ ошақты МИ.

Жедел коронарлы синдром

Орналасуына қарай:

1. **Алдыңғы қабырғалық**, алдыңғы және аралық аймақты қамтыған, алдыңғы қабырғасынан сол жақ қарыншаның бүйірлі қабырғасын қоса қамтыған миокард инфарктісі – сол жақ қарыншаның негізгі «насосық» бөлігі зақымданғандықтан болжамы өте қолайсыз, ол кардиогенді шокқа, кенеттен өлімге әкеледі.
2. **Сол жақ қарыншаның бүйірлі қабырғасы**
3. **Артқы, төменгі қабырғасы** - АВ-блокады II сатысы Мобитц 2, III сатысы дамуына үлкен қауіп.
4. **Оң жақ қарыншаның миокард инфарктісі.**

Клиникалық ағымы бойынша:

- *Ауырсынулық;*
- *Абдоминальды;*
- *Атиптік;*
- *Астматикалық;*
- *Аритмиялық;*
- *Цереброваскулярлы;*
- *Симптомсыз.*

Асқынуына байланысты:

- *асқынбаған*
- *асқынған*

Жедел коронарды синдролм.

Миокард инфарктісінің кезеңдері:

1. Продромальді, ауырсыну алды белгілері.
2. Кенеттен – миокардта кенеттен ишемия пайда болғаннан бастап некроз пайда болғанға дейінгі уақыт (30 минуттан 2 сағатқа дейін).
3. Жедел– некроз аймағы пайда болу аралығы 2 күннен 10 күнге дейін.
4. Жеделдеу – тыртықтанудың алғашқы сатысы, некроздық масса грануляционды тканьмен алмасады. Ол 4 аптадан 8 аптаға дейін.
5. Жедел миокард инфарктісі диагнозынан кейін 2 айдан кейін- инфаркттен кейінгі кардиосклероз қойылады.
6. Инфаркттен кейінгі - 4-6 ай аралығында – тыртықтың тығыздығы артып, миокард жаңа жағдайда бейімделеді.

Жедел жәрдем келгенше берілетін кеңестер

- *Науқасты басын көтеріп жатқызу;*
- *Төсектік режим;*
- *Науқасты тыныштандыру;*
- *Тіластына нитроглицерин ,1-2 таблетка немесе 1-2 спрей дозасы, керек болса 5 минуттан кейін қайталау;*
- *Егерде ауырсыну ұстамасы 15 минуттан ұзақ болса, 160-325 мг ацетилсалицил қышқылын шайнауға беру;*
- *Науқас бұрын қабылдаған дәрілерін беру;*
- *Ескі ЭКГ-ны дайындау;*
- *Науқасты қараусыз қалдырмаңыз.*

Жедел коронарлы синдром

ЖКС дамуына қауіп дәрежесі:

Жоғарғы қауіп:

Төменде көрсетілген бір фактор болуы шарт:

- ST сегментінің өзгерісі (1мм артық депрессия, Т тішесі теріс, Т тішесінің жалған қалыпқа келуі, 30 мин дейін Т тішесінің 1 мм артық көтерілуі)
- Төс артына ауырсынудың қайталануы
- Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия
- Арнайы ферменттердің элевациясы (Тропонин, КФК)
- Қантты диабет
- Гемодинамиканың тұрақсыз болуы
- Жүрек ритмінің ауыр бұзылысы(қарыншалар фибриляциясы)

Жедел коронарлы синдром

Аз қауіп:

- бақылау барысында төс артындағы ауырсынудың қайталанбауы
- бақылау барысында арнайы жүректік ферменттердің болуы
- ST сегментінің депрессиясының болмауы
- T тісшесі теріс, ЭКГ қалыпты болады.

Жедел коронарлы синдром кезіндегі алгоритм



- Бір патологиялық процесс
- Түрлі клиникалық көріністер
- Емдеу стратегиясы әртүрлі

Госпитализациялауға дейінгі этап:

Лабораторные методы исследования

- Алғашқы тексеріс әдістері:
 - тропонин (Т немесе I)
 - КФК
 - миоглобин
 - лейкоциттер, тромбоциттер саны
 - С – реактивті белок

Лабораторлы және құралдық тексеріс әдістері:

- ✓ Тропонин I — жиырылғыш белок, қалыпты жағдайда қан сарысуында анықталмайды
- Тропонин I миокард некрозынан кейін қан сарысуында 3-6 сағаттан кейін анықталады; 7-10 күн аралығында оның концентрациясы жоғарғы қалыпта қалады.
- Тұрақсыз стенокардиямен науқастарда тропонина I оң болуы коронарлы асқынуларға (МИ) және өлімге қауіп жоғары екендігін көрсетеді..

Госпитализацияға дейінгі этап

- *1. ЭКГ интерпретация*
- *2. барлығына ЭКГ жасау*
- *3. ST сегментінің жоғарлауымен болатын Жедел коронарлы синдромды арнайы клиникаға жеткізу, ЭКГ тіркеу, уақытты мониторингілеу;*
- *Реперфузионды терапия , фибринолитикалық терапия <30.*

- **Жедел көмек:**
- ЭКГ интерпретация;
- Оксигенотерапия;
- Ауырсынуды басу, ауырсыну интенсивтілігіне, науқастың жағдайына, науқастың жасына байланысты;
- **Бастапқы терапия** – фибринолитикалық терапия.
Оттегі < 95 % тұншығу, жедел жүрек жеткіліксіздігі.
Ауырсынуды басу – көк тамыр ішіне морфин 4 мг
аспирин 150-300 мг
Фибринолитикалық терапия 150-500 мг пероральді.

- *Тикагрелор - 180 мг пероральді, әрі қарай 90 мг тәулігіне 2 рет;*
- *Клопидогрел – 600 мг пероральді, әрі қарай 75 мг/тәул. фибринолитикалық терапиямен бірге - 300 мг пероральді;*
Реперфузионды терапиясыз – 75 мг.

- *Фибринолитикалық терапия аурудың симптомдары басталғаннан бастап 12 сағат өтсе – көрсетілмейді!!!*
- *Симптомдардың басталғандарына 2 сағаттан аз уақыт өтсе – фибринолитикалық терапия 90 минутқа дейін;*



Фибринолитикалық терапияға абсолютті қарсы көрсеткіштер

- *Бұрын геморраргиялық инсульт немесе бас ми қанайналым бұзылыстары болса;*
- *Соңғы 6 айда ишемиялық инсульт болса;*
- *Аортаның жыртылуына күдік болса.*

Салыстырмалы қарсы көрсеткіңтер

- Соңғы 6 айда транзиторлы ишемиялық атака болса;
- Пероральды антикоагулянтты терапия;
- Жүктілік;
- Артериальды гипертензия;
- Бауыр аурулары;
- Ойық-жара ауруларының өршуі;

Фибринолитикалық терапия:

Альтеплаза көк тамырға 1 мг/кг

- *Тенектеплаза к/т 30 мг < 60 кг*

35 мг < 60-70кг

40 мг < 70-80 кг

45 мг < 80-90 кг

50 мг > 90 кг

- *Стрептокиназа к/т 1500000 МЕ + 0,9 % NaCl*

Антикоагулянтты терапия

- *Эноксапарин < 75 ж – 30мг 15 минуттан кейін 1 мг/кг –нан*

- *Фондапаринукс к/т 2,5 мг*

Болуы мүмкін асқыныстары:

- *Жүрек өткізгіштігі мен ритм бұзылысы;*
- *Жедел жүрек жеткіліксіздігі;*
- *Кардиогенді шок;*
- *Механикалық асқыныстар: тромбтың үзілуі, тамырдың жыртылуы;*
- *Перикардит;*
- *Ұзаққа созылатын ауырсынулық ұстама, постинфарктілік стенокардия.*

Ажыратпалы диагностика

- *Жедел қолқа аневризмасының жыртылуы;*
- *Өкпе артериясының тромбоэмболиясы;*
- *Өңештің жыртылуы;*
- *Жедел миокардит;*
- *Асқазан ішік жолдарының жоғарғы бөліктерінен қан кетілер.*