

Қ.А.Ясауи атындағы
халықаралық қазақ-түрік
университеті

Миокард инфарткы

Қабылдаған: Андабасова А.С

Орындаған: Молдаш Г.Ж.

ЖМ-014

Жоспар

1. Миокард инфаркты түсінік
2. Этиологиясы
3. Патогенезі
4. Жіктемесі
5. ЭКГ белгілері
6. Зерттеу әдістері
7. Емдеу принципі

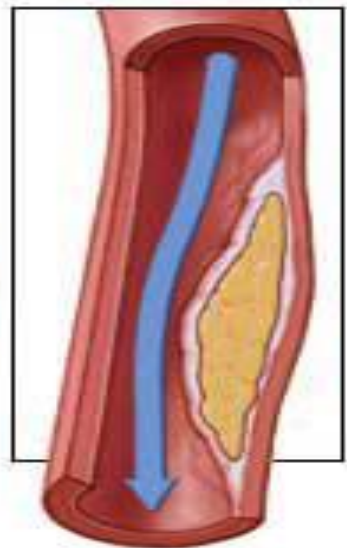
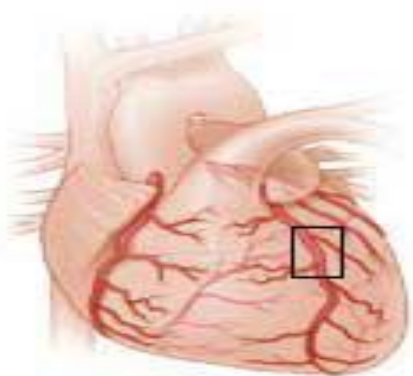


- **Миокард инфаркты** – тәж қанағымның миокардтың мұқтаждығын қамтамасыз ете алуынан дамитын миокардтың ишемиялық некрозы.

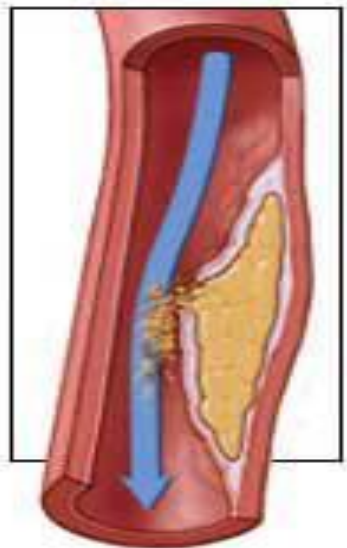


ЭТИОЛОГИЯСЫ

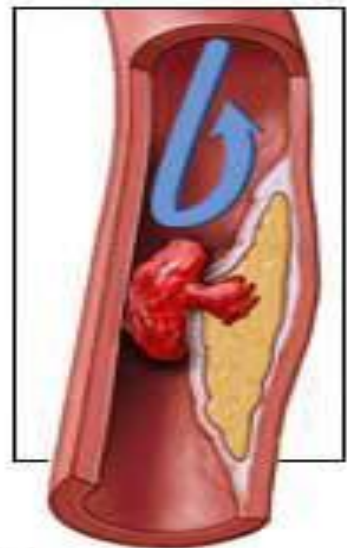
- Миокард инфарктың негізгі себебі- тәж артерияларының стеноздаушы атеросклерозы.
- Миокард инфаркты дамуының тікелей себептері:
- тромбоздың салдарынан тәж артериясының окклюзиясы (90%);
- Атеросклероз түйме дағының арасына қан құйылып ісінуінен тәж аретриясының бітелуі;
- Критикалық стеноздың үстінде тәж артериясының түйілуі;
- Тәж аретриясының критикалық стенозы үстінде миокардытың оттегіге сұранысының күрт артуы.



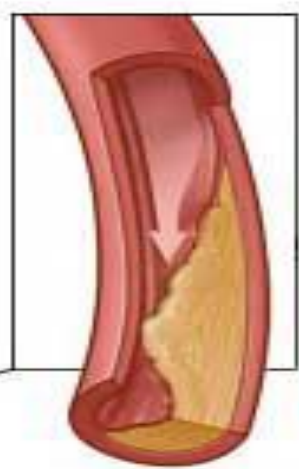
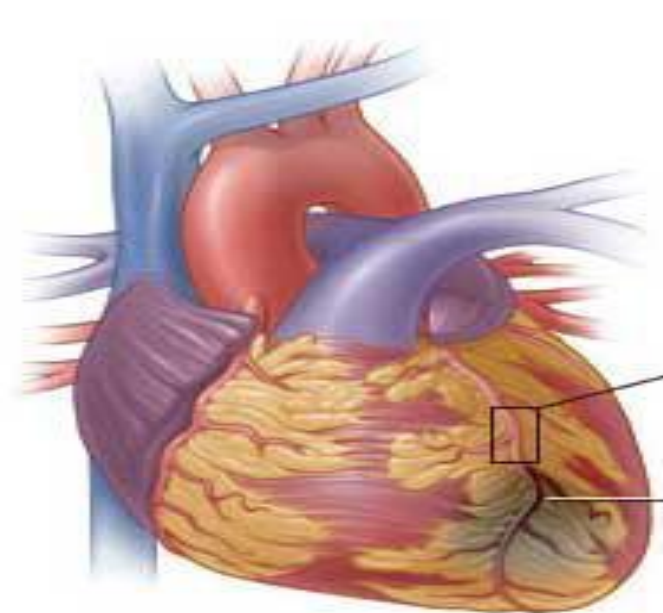
Появление атеросклеротической бляшки в сосуде.



Разрыв бляшки.



Образование тромба на поверхности бляшки.

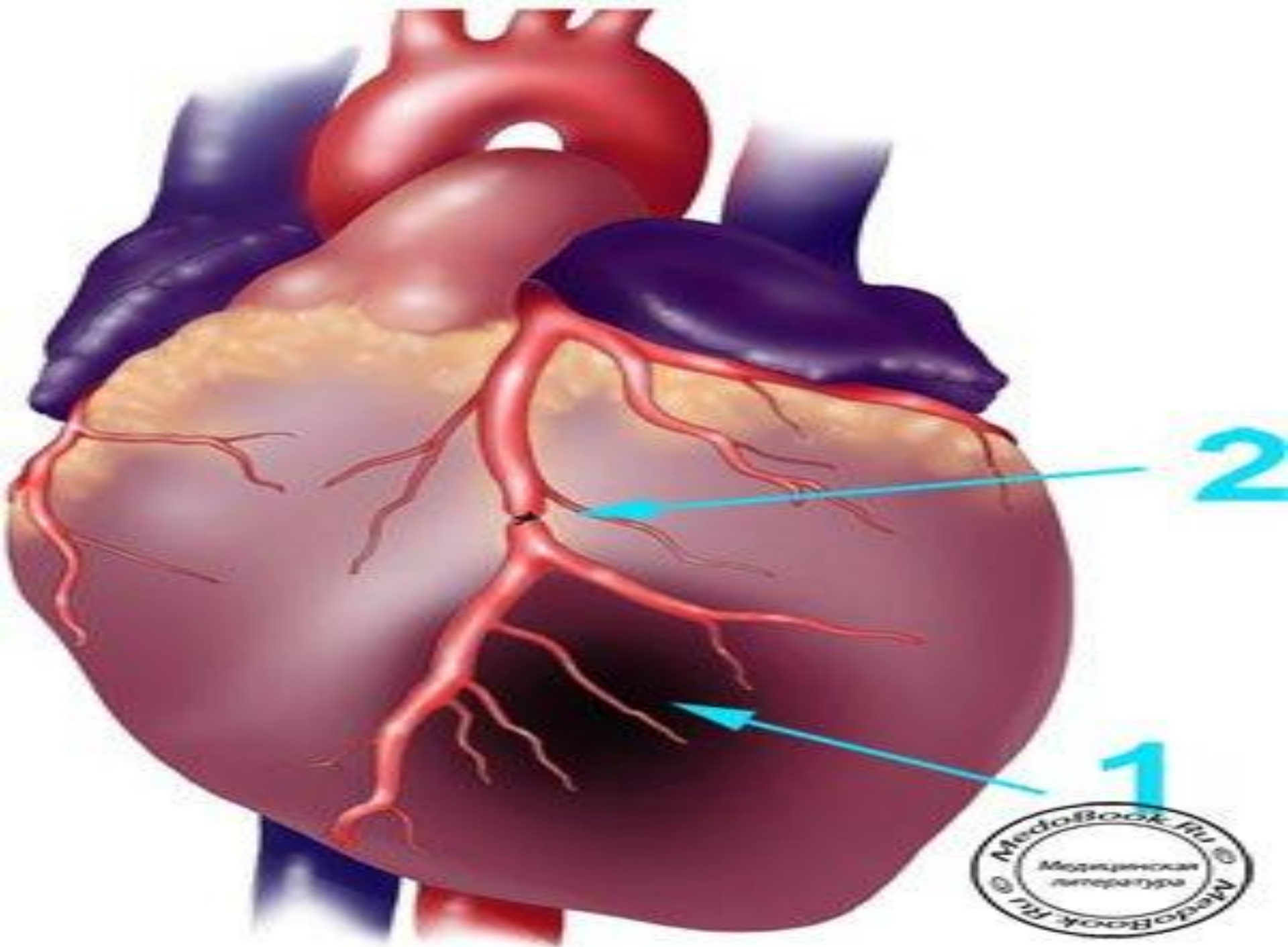


Закрытие просвета сосуда атеросклеротической бляшкой. В результате кровь по сосуду не идет.

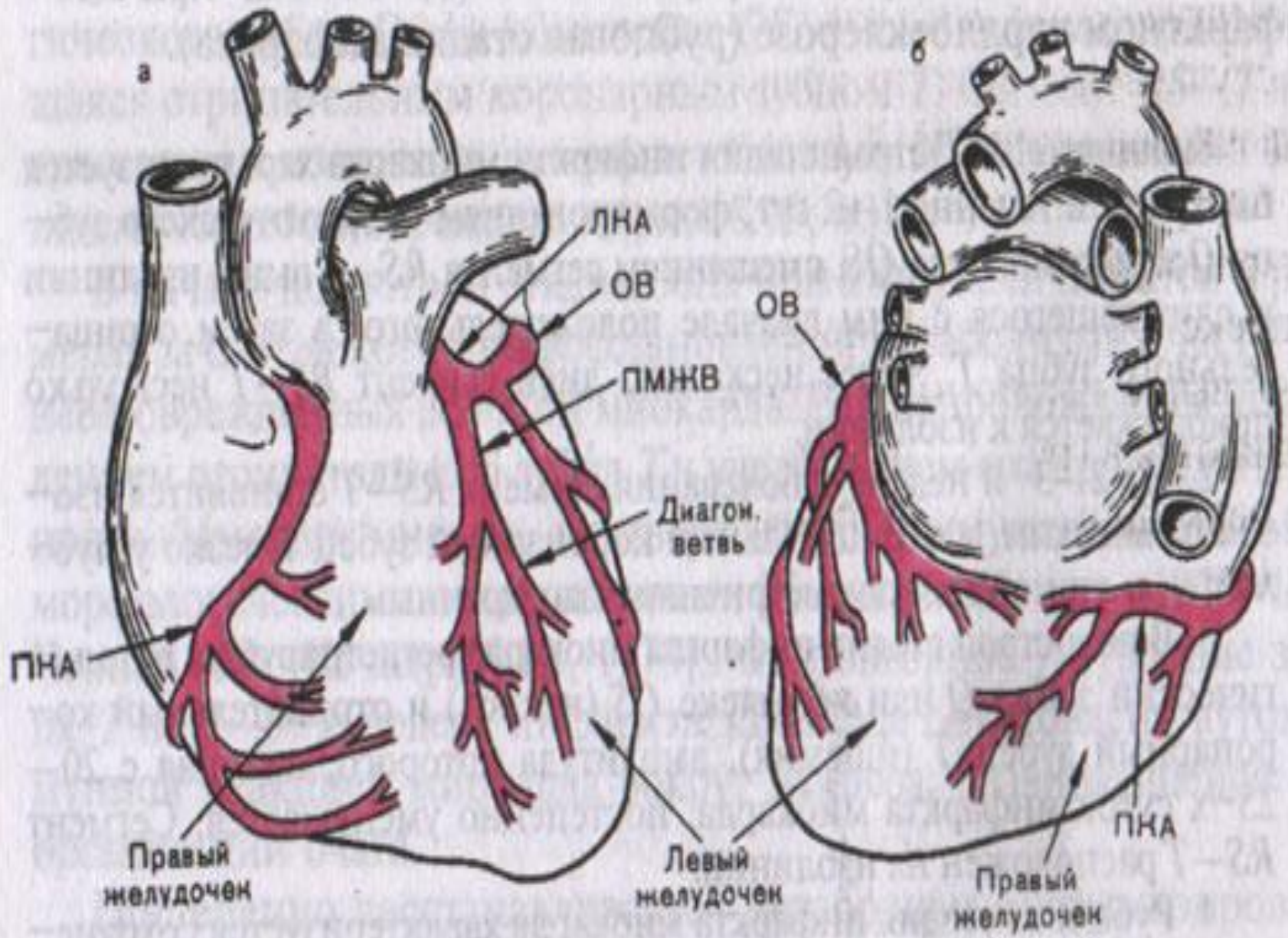
Зона омертвения (инфаркта) сердечной мышцы в месте "закрытия" сосуда

Патогенезі

- Миокард инфаркты белгілі бір аймаққа қан келуінің толық тоқтауынан немесе күрт төмендеуінен дамиды. Қанмен қамтамасыз етілуіне қарай зақымдаған ошақтың үш зонасын айырады. Ортасында – некроз ошағы, одан кейін – зақымдану зонасы, ең сыртында ишемиялық зона.
- Некроз ошағында миомалыция мен асептикалық қабыну процесі жүреді. Осыдан миокард инфарктын дәлелдейтін резорбциялық – некроздық синдром пайда болады.
- Зақымдану және ишемиялық зонада шала тірі қалған кардиомиоциттер, ауыр метоболизмдік бұзылыстарға ұшырауынан, өмірге қауіп төндіретін ырғақ бұзылыстарын туындатуы мүмкін.



- Патанатомиялық өзгерістер инфаркттың орналасу аймағына, тереңдігіне және даму кезеңіне тәуелді. Оның орналасуы зақымданған тәж аретриясынан түріне байланысты.
- Ауыр атересклерозға басым ұшырайтын – сол тәж артериясы мен оның тармақтары.



Миокард инфарктының жтемесі

- ЭКГ бойынша некроздың тереңділігі мен көлемділігі:
 - Ірі ошақты
 - ірі ошақты трансмуральді (патологиялық QS тісшесімен)
 - ірі ошақты трансмуральді емес (патологиялық Q тісшесімен)
- Ұсақ ошақты «Q-сыз миокард инфаркті»
 - субэндокардиальді;
 - интрамуральді.

- Миокард инфарктінің орналасуы:
- Сол қарынша миокардының инфаркты:
 - алдыңғы
 - алдыңғы - қалқалық
 - қалқалық
 - бүйірлік
 - алдыңғы-бүйірлік
 - артқы
 - артқы-бүйірлік
 - алдыңғы – артқы
- Оң қарынша миокардының инфаркты.
- Жүрекшелер миокардының инфаркты.

- Ірі ошақты миокард инфарктының даму кезеңдері:
 - инфаркт алды
 - аса өткір
 - өткір
 - өткірлеу
 - инфаркттан кейін

- Клиникалық барысының ерекшеліктері:
 - Созылыңқы, рецидивтеуші, қайталамалы
 - Асқынбаған, асқынған
 - Типті, атипті

Клиникалық түрлері

- Ангиноздық түрі
- Астмалық түрі
- Аритмиялық түрі
- Абдоминальдік түрі
- Диспепсиялық түрі
- Коллапстық түрі
- Церебральдік түрі
- Шеттік түрі
- Симптомсыз «мылқау түрі»
- Оң қарыншаның жедел шамасыздығымен дамидын түрі
- Тотальді жүрек шамасыздығымен дамидын түрі

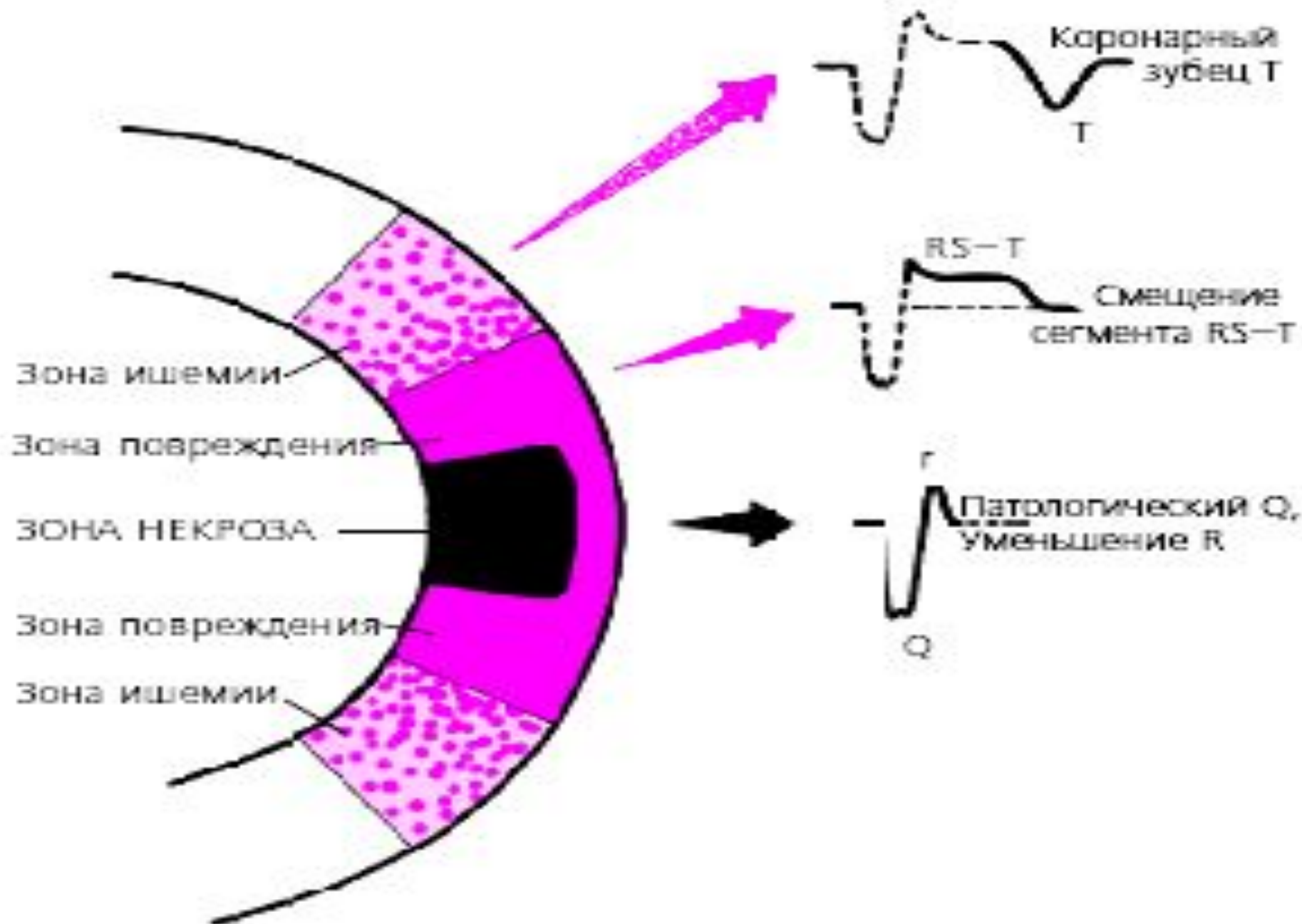
Өткір кезеңде некроздың басты маркері – терең жалпақ Q тісше пайда болады. Трансмуральді миокард инфарктының өткір кезеңінде QS комплексі пайда болады.

Өткірлеу кезеңге (1-2 аптаға созылатын) келесі өзгерістер тән:

ST аралығының изосызыққа жақындауы.
“Коронарлық” теріс T – тішесінің қалыптасуы.

Тыртықтану кезеңіндегі көріністері: ST аралығы изосызыққа түседі; Теріс T- тішенің тереңдігі біртіндеп тайыздалып, кейде оң T- тішеге айналады

Кейде тыртықтың айналасындағы миокардтың гипертрофиялануынан Q – тішесінің сәл кішіреюі немесе QS комплексінің Qr комплексіне айналуы байқалады.



ЭКГ тисшелердің өзгерісі

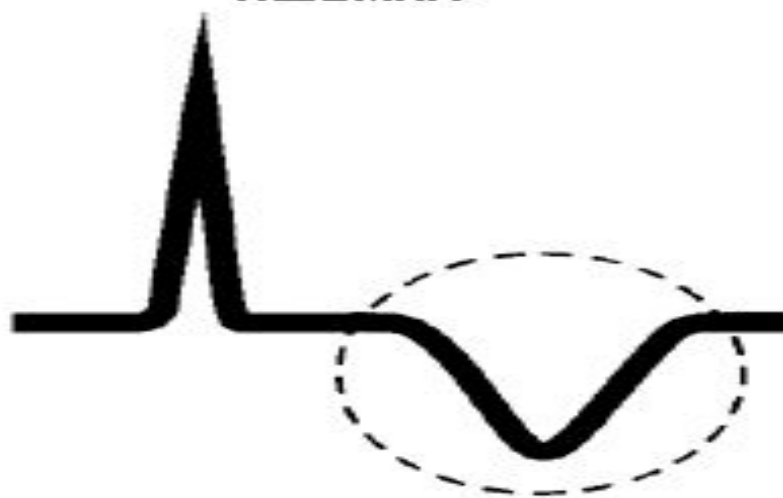
Локализация	Отведения	Характер изменений ЭКГ
Переднеперегородочный (рис. 3.121)	$V_1 - V_3$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T
Передневерхушечный	$V_3 - V_4$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T
Переднеперегородочный и передневерхушечный (рис. 3.122)	$V_1 - V_4$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T
Переднебоковой (рис. 3.123)	I, aVL, V_5 , V_6 (реже V_4)	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T
Распространенный передний (рис. 3.124)	I, aVL, $V_1 - V_6$ III, aVF	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T Возможны реципрокные изменения: - (RS-T) и +T (высокие)
Переднебазальный (высокий передний) (рис. 3.125)	$V_1^2 - V_3^2$ $V_4^3 - V_6^3$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T
Заднедиафрагмальный (нижний) (рис. 3.126)	III, aVF или III, II, aVF $V_1 - V_4$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T Возможны реципрокные изменения: - (RS-T) и +T (высокие)
Заднебазальный (рис. 3.127)	$V_7 - V_9$ (не всегда) $V_7^3 - V_9^3$ (не всегда) $V_1 - V_3$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T Возможны реципрокные изменения: - (RS-T) и +T (высокие) и увеличение R
Заднебоковой (рис. 3.128)	V_6 , II, III, aVF $V_1 - V_3$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T Возможны реципрокные изменения: - (RS-T) и +T (высокие) и увеличение R
Распространенный задний	III, aVF, II, V_6 $V_7 - V_9$ $V_7^3 - V_9^3$ $V_1 - V_3$ или $V_4 - V_6$	1) Q или QS; 2) +(RS-T); 3) - T Возможны реципрокные изменения: - (RS-T) и +T (высокие) и увеличение R

**СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ**



Депрессия ST-сегмента

**ОСТРАЯ
СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ**



"Коронарная" Т-волна

**ТРАНСМУРАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ**



подъем ST-сегмента

**ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ
ИНФАРКТ**



Патологический Q-зубец

- Миокард инфаркты диагнозын оның нақты 3 синдромға сәйкес отырып қоюға болады:
- Инфаркта тән ангиальдік синдром немесе оның эквиваленттері және келесі физикальдік белгілерінің болуы: перикардтың сәйкеліс шуы, жүрек маңында патологиялық пульсацияның пайда болуы, АҚ тиімдеуі, ырғақ бұзылыстары, жүректің жедел шамасыздығы.
- ЭКГ-лық ошақты өзгерістер.
- Резорбциялық-некроздық синдромның белгілері: дене қызуының биіктеуі, қан анализіндегі лейкоцитоз, анэозинофилия, лейкоцитоз бен ЭТЖ-ның “қайшылығы”, гиперферментемия (КФК-ның, КФК-МВ фракцияның, тропониндердің, ЛДГ-1 және АСТ активтілігін биіктеуі).

Зерттеу әдістері

ҚЖА

Тропанин

Глюкоза

Кератинин

Кератинин клиренсін

Фибриноген

Жалпы холестерин

ТТЛП мен ЖТЛП

Үшглицеридтер

ЗЖА

- ЭКГ
- ЭКГ мониторингі
- ЭХОКГ
- Коранароангиография
- Кеуде клеткасының рентгені

Емдеу принципі

- Емінің жобасы келесі этаптардан тұрады:
- Ауруханаға т%оосер алды кезең (жедел құмектің арнайы кардиологиялық бригадасының құмек күрсетуі).
- Ауруханалық кезең (интенсивті емдеу блогы бар арнайы кардиологиялық бұлімшеде құмек күрсету).
- Реабилитациялық кезең (ауруханалардың реабилитациялау бұлімшесінде немесе арнайы кардиологиялық санаторийлерде ж%оозеге асырылатын).
- Диспансерлік бақылау мен амболоторлық емдеу этапы.

Ауырсынуды басу

- 1. НИТРАТТАР –
- Нитроглицерин -0,5 мг (таблетка) немесе 0,4 мг (аэрозоль), (1%р-р нитроглицерин, перлинганит, нитро-стат, нитро-поль, изокет и және басқа). Вена ішіне 10 мг НТГ 100 мл физ.ерітіндіге ерітеді, бастапқы жылдамдығы мин 6-8 тамшы (30 дейін жетеді).
- 2. Наркотикалық анальгетиктер-
- Морфин, 1 мл 1% ерітінді + физ.р-р 20 мл, әрбір 5-15 мин сайын салады, ауырсыну басылғанға дейін. Жалпы мөлшері 10-15 мг (1-1,5 мл 1% ерітінді) аспау керек.

- . Тромболизис
- - Стрептокиназа 1500000 бірлік+ 100 мл физ.р-р көк тамырға егіледі (30–60 мин. бойы)

Қан аналымды қамтамасыз ету

Препарат	Бастапқы мөлшері	Гепаринотерапия
Стрептокиназа	1,5 млн Б, + 100 мл 5% глюкоза немесе 0,9% физ. еріт (30-60 мин бұрын)	Қажет емес немесе тері астына 12 500 ЕД күніне 2 рет
Анистреплаза	30 Б 3-5 мин бұрын	
Альтеплаза (ТАП)	15 мг көк тамырға бірден. Жалпы мөлшері 100 мг аспау қажет	48 сағат бойы
Урокиназа**	2 млн Б көк тамырға бірден.	48 сағат бойы

Транслюминальді коронарлық баллонды ангиопластика, стент қою



ТӨМЕНМОЛЕКУЛЯРЛЫ ГЕПАРИНДЕР

- Эноксапарин (*клексан*) тері астына 100 ХБ/кг (1 мг/кг) әрбір 12 сағат сайын, 2-8 күн.
Дальтепарин п/к 120 ХБ/кг (максималды 10 000 ХБ) әрбір 12 сағат сайын 5-8 күн бойы.
- Надропарин (*фраксипарин*) көк тамырға *бірден*) 86 ХБ,
- 3. Аспирин алғашқы минуттарда 300 мг шайнайды, тұрақты түрде 75-100 мг тәулігіне (тромбо-асс, аспирин-кардио), тиклид, клопидрогрель.

- *Бетта-блокаторы*
- Атенолол 5–10 мг вена ішіне.
- Метопролол 15 мг вена ішіне (2–5 мг әрбір 5 мин сайын).
- Пропранолол 1 мг /10 кг
- 2. Кальций антагонистері (верапамил, дилтиазем)
- Асқынулардың алдын алу
- Магний сульфат – 50 мл 10% вена ішіне 30 мин. бойы
- ЖСЖ – Нитроглицерин, лазикс.
- ҚЭ – лидокаин (1 мг/кг) тамшылатып.
- *Бета-блокаторы* (Обзидан 1 мг -5 минут).
- *немесе амиодарон* (150-450 мг).
- 3.ИАПФ -
- Статиндер 6 ай бойы ішіледі

- Назар аударып тындағандарыңызға
рахмет!!!

