

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Миокард инфаркты



Орындаған: Сарман М.Т.
ЖТД11-2

Алматы 2017 жыл

Миокард инфаркты

Миокардтың оттегіге қажеттілігі және оның жеткізілуі арасында пайда болған дисбаланс жәтижесінде жүрек бұлшық еттерінің некроздануы (өлі еттенуі)

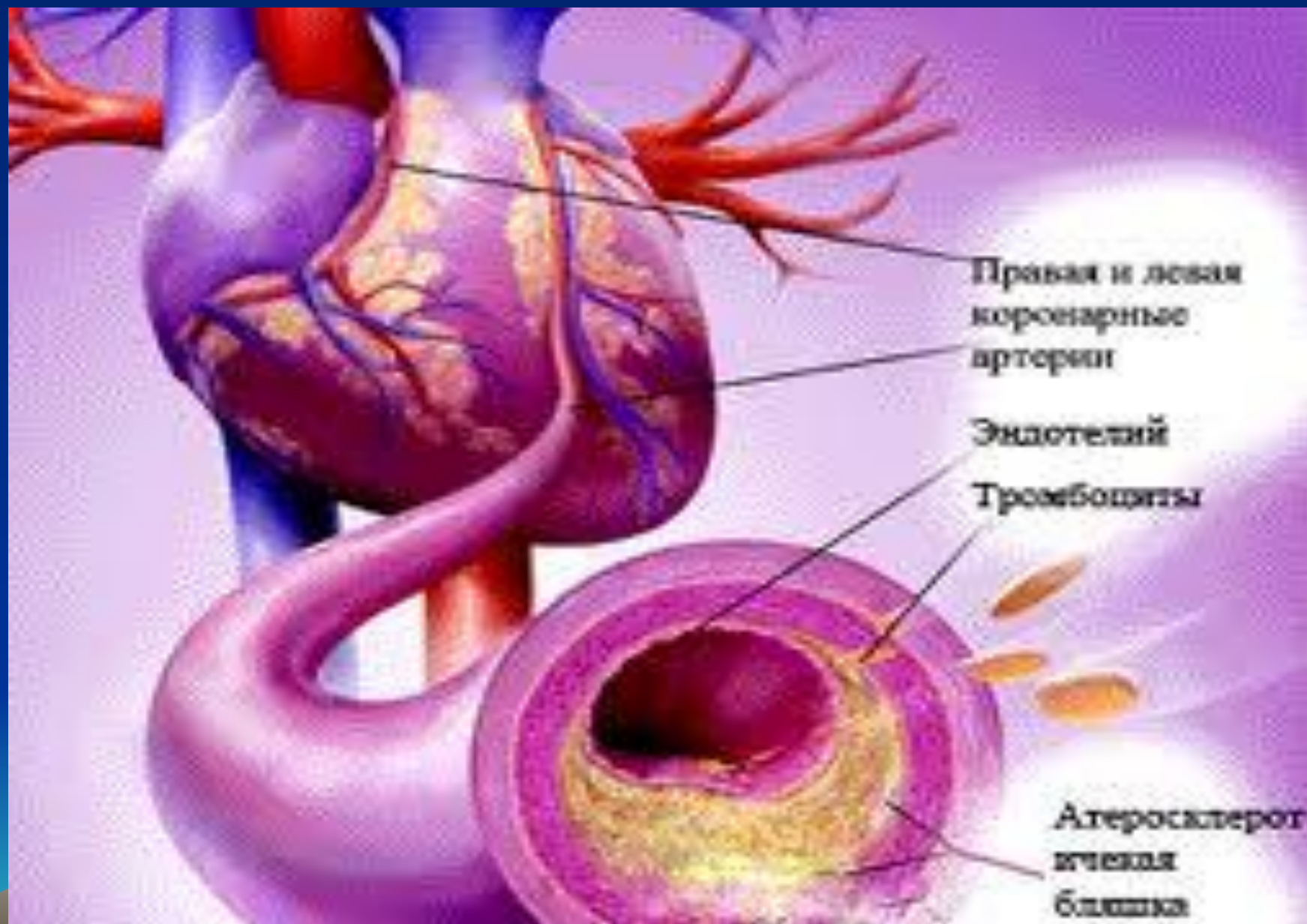




Қауіп-қатер факторлары

- Жасы (40-50 жастан жоғары)
- Психоэмоциональді күйзеліс
- Жынысы (ер адамдар)





Этиологиясы

- атеросклероздық өзгерістер
нәтижесінде

дамыған тәж артериясының тромбозы

-тәж артерияларының тарылуы



Патогенезі

- Атеросклерозды табақшалардың жарылуы, коллаген талшықтарының жалаңаштануы
- Тромбоциттердің белсенділенуі, тромбоцитарлық агрегаттардың және троибардың түзілуі
- Тәж артериясының тромбтық окклюзиясы
- Кардиомиоциттердің өлуі



Жіктелуі

1 *Некроздың көлеміне байланысты:*

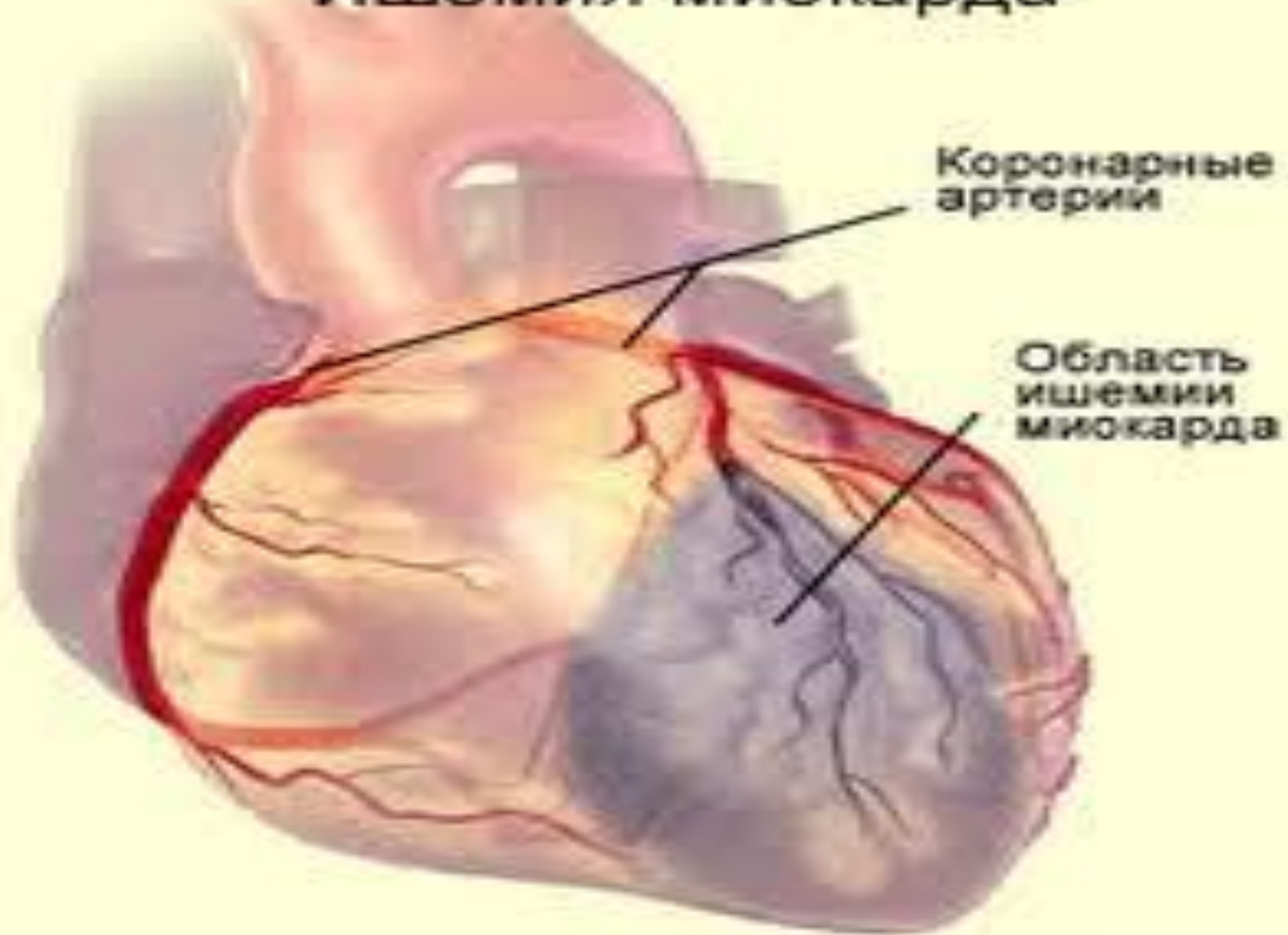
- ірі ошақты (трансмуральді-сол қарыншаның қалыңдығының 50%-дан артық некроздануы, патологиялық Q тісшесінің немесе QS комплексінің пайда болуы-Q инфарктты көрсетеді)
- ұсақ ошақты (ЭКГ өзгерістер ST сегментіне және T тісшесіне қатысты болады)

2 *Орналасуы бойынша*

- алдыңғы
- ұшында
- бүйірінде
- перде аралық
- диафрагмалық (артқы) және артқы базальды



Ишемия миокарда



3 Ағымының сипатына байланысты

- Созылыңқы ағымда (ЭКГ-да және резорбционды-некротикалық синдромда өзгерістердің созылыңқы қайта дамуы)
- Рецидивті (миокард инфаркты дамығаннан кейін жаңа некроз аймақтары алғашқы 72 сағаттан-8 апта ішінде пайда болады)
- Қайталанған (алдыңғы инфаркт басталғаннан соң 2 айдан кейін басқа тәж артериялар бассейінде пайда болады)



MedUniver.com
по медицине...



Клиникалық көріністері

МИ бар науқастардың **негізгі шағымдарына** кеуде торындағы тұрақты және ұзаққа созылған ауыру сезімі жатады (Status anginosus):

- Ұзақтығы 15-20 мин артық
- Нитроглицерин және басқа антиангинальді препараттармен басылмайтын жүректің ауырсынуы (наркотиктерді анальгетиктермен бірге көк тамырға енгізгенде басылады, бірақ олардың да әсері көбіне толық және ұзақ болмайды)
- Сол қолға, иыққа, жауырынға, жаққа т.б. жерлерге беріледі
- Ауыру сезімі өте қатты, науқас оны әдеттегідей емес, қауіпті жағдай ретінде қабылдайды
- Басқан, қысқан сипатта (кеудеге плита қойғандай, басқандай, қысып тұрғандай сезім болады)
- Суық термен (АҚ төмендеуі, шок), өлім қорқынышымен бірге жүреді





Қарап тексергенде тері қабатының бозарғанын, тершеңдік, тахикардия, жүрек тондарының естілмеуі, жүрек шекарасының солға кеңейгендігі анықталады



Аурудың басталу түрлері

- Астматикалық – аурудың басталуында еңтігу немесе тұншығу байқалады (жедел сол қарыншаның жетіспеушілігі- жүрек астмасы, өкпе ісігі) 20% науқастарда, жиі қарт адамдарда байқалады
- Абдоминальді – іштің жоғарғы бөлігіндегі ауыру сезімі, диспепсиялық бұзылыстар (жүрек айну, бірнеше рет құсу), ықылық, ауамен кекіру ешқандай жеңілдік әкелмейді, асқазан-ішек жолының парезінен тез іштің кебуі болады
- Аритмиялық – кенеттен жүрек ырғағының ауыр бұзылыстары дамиды
- Неврологиялық бұзылыстар пайда болады (естен тану, бас айналу, жүрек айну, құсу-орталық генезді)
- Аз симптомды жалпы бейжайлық, себепсіз әлсіздік, адинамия, әсіресе қарт адамдарда осы симптомдармен білінеді. Кейде ЭКГ кездейсоқ ескі трансмуральді миокард инфаркты анықталады

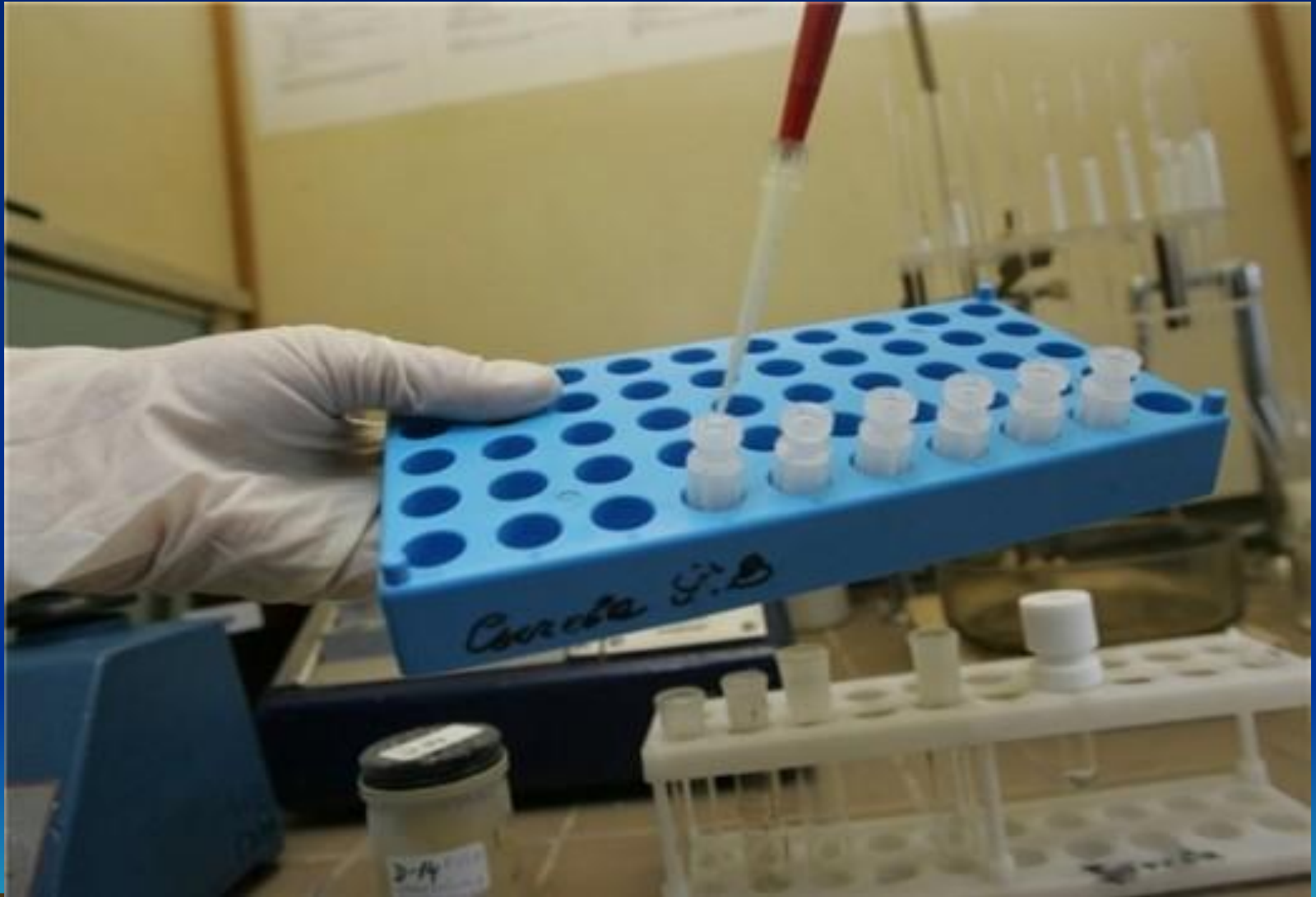




Лабораториялық зерттеу мәліметтері

Резорбционды-некротикалық синдром белгілеріне жатады:

- Лейкоцитоз 12,0-15 мын/л дейін, ол 2 сағаттан кейін пайда болады және ауырсыну ұстамасынан кейін 1 аптадан соң жойылады
- ЭТЖ жоғарлауы лейкоцитоздан кейін пайда болады, жиі аурудың 3-4 күндерінде дамиды және ұзақ сақталады, инфаркт дамығаннан бастап орташа 2-3 апта. Диагностикалық маңыздылығы-аурудың 1-ші аптасының соңындағы “қиылысу” сызығының болуы, ол лейкоциттер санының төмендей бастауы, ал ЭТЖ жоғарлауы
- Қандағы С-реактивті белоктың оң болуы және фибриноген мөлшерінің жоғарлауы



Миокард инфарктысының диагностикасына аса көңіл аудару керек:

- Кардиоспецификалық ферменттердің КФК мен оның МВ-фракциясының, аминотрансферазаның, әсіресе АСТ белсенділігінің жоғарлауы және аз дәрежеде АЛТ мен ЛДТ дәрежесінің 2-3 есеге дейін төмендеуі. МИ “кардиоспецификалық” КФК МВ изоферментінің жоғары болуы тән
- МИ жаңа маркерлері тропонин Т, тропонин I, миоглобин болып табылады. МИ миоглобинемия диагностикалық деңгейіне алғашқы 2-6 сағатта жетеді және өзінің диагностикалық маңызын 12-24 сағ соң жоғалтады, яғни жедел МИ ерте кезеңінде анықтауда ең нақты тест болып табылады
- Инфаркттың алғ күндерінде көмірсу алмасуының бұзылыс болады (гипергликемия), азотемияның пайда болуы (қанда мочевианың, сирек жағдайда креатинин деңгейінің жоғарлауы) байқалады.



Аспаптық зерттеу мәліметтері

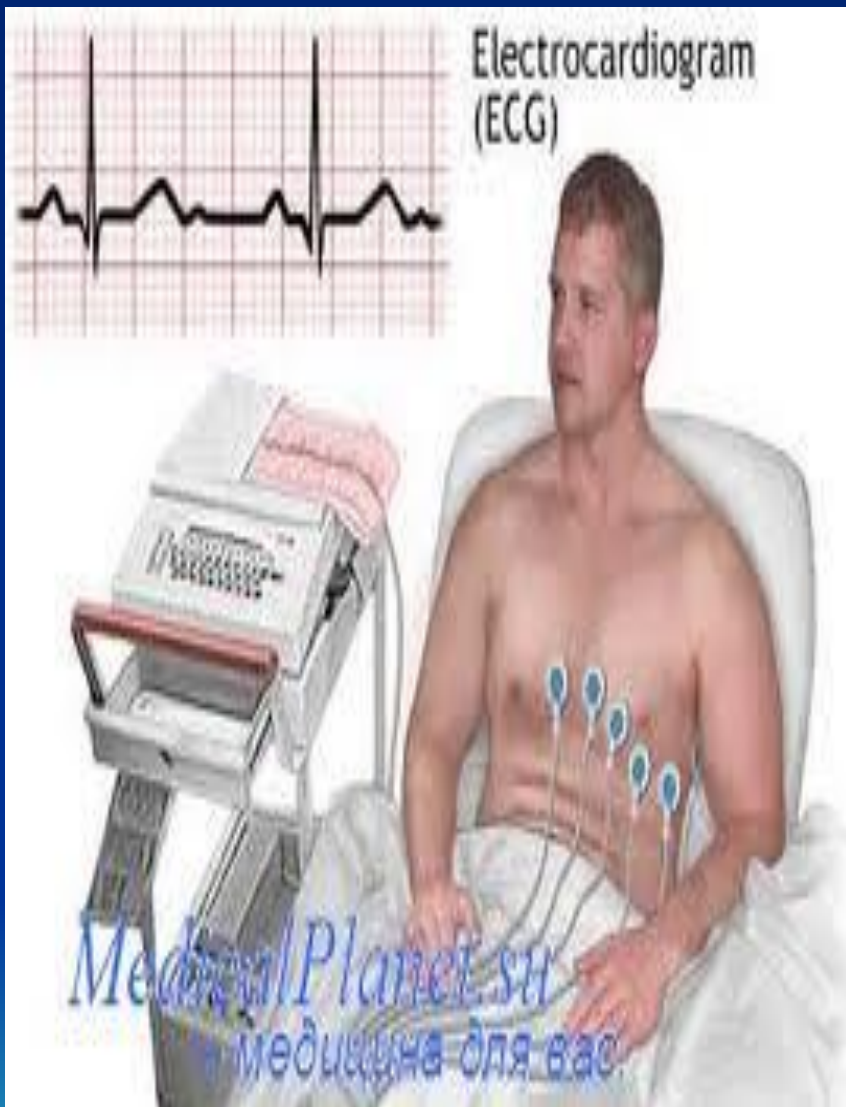
Ірі ошақты МИ ЭКГ тісшелер мен сегменттердің типті динамикалық бұзылыстары болады:

- 2 және одан көп әкетулерде ST2мм жоғарлауы
- МИ негізгі белгісі, миокардтың некрозы бар екенін сипаттайтын патологиялық Q тісшесінің пайда болуы

Зақымдалу сатылары (өте жед сатысы) сипатталады:

- ST сегментінің доға тәрізді көтеріңкі болуы, бір жағынан R тісшесімен, ал 2-ші жағынан T тісшесімен қосылады (R ST –ң жоғары тұруы)

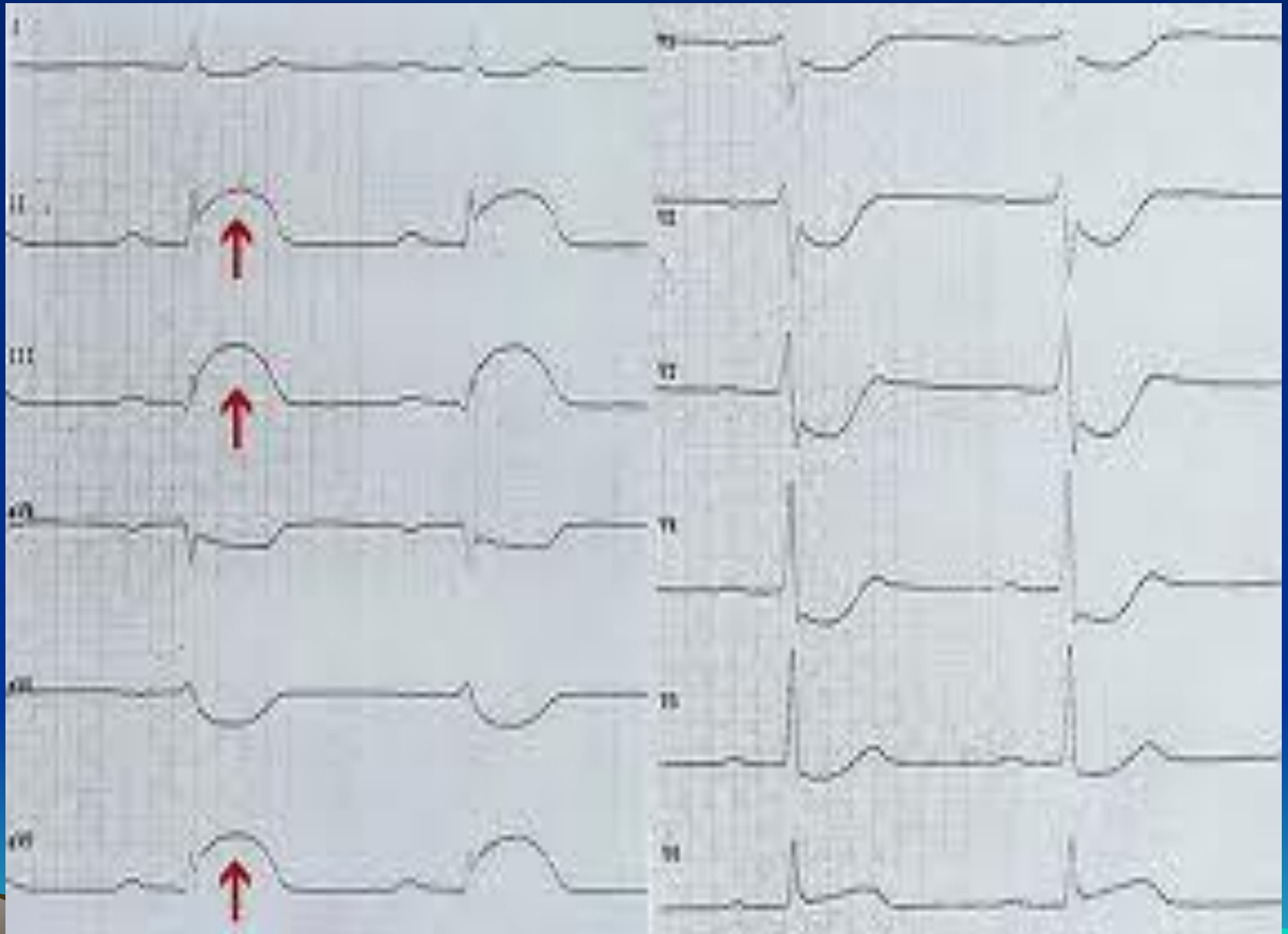




Жедел сатысы сипатталады:

- ST сегментінің изоэлектрлік сызыққа жақындауы және терең тегіс, үшкірленген T тісшесінің (“коронарлық”) нақты түзілуі
- МИ өте жедел, жедел, жеделдеу сатысының маңызды ерекшелігі ЭКГ сызығының дискординатты (қарама-қарсы бағытқа) қисық түрде өзгеруі. Миокард некрозы орналасқан аймақтарға сай әкетулерде ST сегментінің жоғарлауы, миокардтың қарама-қарсы бөлігін сипаттайтын әкетулерде олардың депрессиясы сай келеді





“Тыртықты” сатысы:

- Тыртықты тіндердің консолидациясы үрдісімен өтеді (миокард инфаркты пайда болған сәттен орташа 8 аптаға дейін және одан да көп), ал одан кейін ұзақ (өмірлік) инфаркттан кейінгі кардиосклероз кезеңі дамиды.
- Бұл сатыға тән белгі – ST сегментінің изоэлектрлік сызыққа сай болуы. МИ болғаны туралы патологиялық Q (QS) және теріс T тісшесінің болуы дәлелдейді.





ЭХОКГ:

- сол жақ қарынша қабырғасының жергілікті жиырылуының бұзылыстары (акинезия және гипокинезия аймақтары) ишемияны немесе МИ көрсетеді, сол жақ қарынша қабырғасының жұқаруы МИ болғанын көрсетеді

Радионуклеидті вентрикулография:

- Асинергия (акинезия, гипокинезия, дискинезия, гиперкинезия және асинхрония) аймағын анықтау үшін қолданылады. Талли-201 сцинтиграфиясы тәрізді радионуклеидті вентрикулография ишемия, инфаркт және миокардтың тыртықты зақымданулар арасында дифференциалды диагностика жүргізуге мүмкіндік бере алмайды



Миокард инфарктының диагностикасы:

- төс артындағы қарқынды ауру сезімі
- Дене қызуының жоғарлауы
- Лейкоцитоз
- Кардиоспецификалық ферменттердің белсенділігінің жоғарлауы
- Гипергликемия
- ЭТЖ жоғарлауы
- ЭКГ (кең және терең патологиялық Q тісшесінің пайда болуы, ST-ң ығысуы, T тісшесінің теріс болуы)





Емі:

1. Ауру сезімі болған аймақты жансыздандыру:

- **нитроглицерин** 0,4-0,6 мг сублингвальді
- тамыр ішіне *наркотикалық анальгетиктер* (**промедол** 1-2%-1мл, **омнопон** 1-2%-1мл, **морфин** 1%-1мл әрбір 15 мин сайын ауру сезімі басылғанша)
- *нейролептиктер* (**дроперидол** 0,25%-1-2мл-ден және **фентанил** 0,005% 1-2мл-ді бірге араластырып көк тамырға немесе бұлшық етке)
- азоттың оттегі қосылысымен бірге наркоз
- этил спиртімен ылғалдандыратын оттегі
- *антиагрегантты терапия* (бастапқы мөлшер 300мг аспирин шайналады, қалыпқа келтіруші мөлшер тәулігіне 75-160мг)





2.Тромболитикалық терапия миокард инфаркты пайда болғаннан бастап, алғашқы 4-6 сағатта тромб лизисі үшін, тәж артериясының өткізгіштігін қалыпқа келтіру үшін, патологиялық Q тісшесі бар болғанда жүргізіледі:

- **альтеплаза (актилизе)** 1,5млн бірлік мөлшерінде тамыр ішіне тамшымен 100мл 0,9%NaCl ерітіндісімен 30-40мин бойы+**аспирин**.

!!! Тромболитикалық терапияны жүргізер алдында *аллергиялық реакциялардың* алдын алу үшін 30-90мг **преднизолонды** тамыр ішіне енгізеді. Тромболитикалық терапия әсері фибриногенконцентрациясымен (2-3 есе төмендеуі керек) және протромбиндік уақытпен (2-4есе жоғарлауы керек) анықталады



MedUniver.com
все по медицине...



3 Қосымша тағайындаулар:

-аритмия кезінде **лидокаин** 80-100мг тамыр ішіне 1 рет

- **Реополиглюкин** 200,0 (АД төмен болғанда)

-тромболитикалық терапияны жүргізуге мүмкіндік болмаса, **фраксипарин**мен 0,1мл/10кг науқас салмағына тәулігіне 2 рет 6 күн бойы тері астына

Миокардқа күшті жеңілдету үшін және некроз аймағын шектеу үшін келесі көрсеткіштер тағайындалады:

- ангинозды ауру сезімімен күресу үшін нитраттар (**изокет**) *наркотикалық анальгетиктермен* бірге тамыр ішіне

-МИ бастапқы кезінен *бета-адреноблокаторлар* (**метопропол** тамыр ішіне тамшымен, кейін таблетка күйінде)



Реабилитация:

- 2-ші күннен бастап емдік гимнастиканы тағайындайды
- 3 күні кереуетке отырғызу
- 4 күні орындыққа отырғызу
- 7 күні палата ішінде жүргізу
- 8-9 күні науқастарға дәлізге шығуға рұқсат береді
- Көптеген елдерде асқынбаған МИ ауырған науқастарды ауруханадан 1-2 аптадан кейін шығарады және науқастар 1-2 айдан кейін жұмысқа қосылады







22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



38



39



40

1-лік алдын алу шаралары:

- *қанның липидті спектрін анықтау
- *атеросклероз профилактикасы (диета,холестерин мөлшері 5,2ммоль/л жоғары болса статин тағайындау)
- *шылым шегуді тоқтату
- *АҚ қалыпқа келтіру
- *денені шынықтыру жаттығулары
- *қауіп-қатер факторларын модификациялау

2-лік алдын алу шаралары:

- МИ ауыратын науқастарды диспансеризациялау
- МИ болған адамдарға ауыр физикалық жұмыс атқаруға, конвейерде, түнгі ауысымда жұмыс істеуге болмайды.

