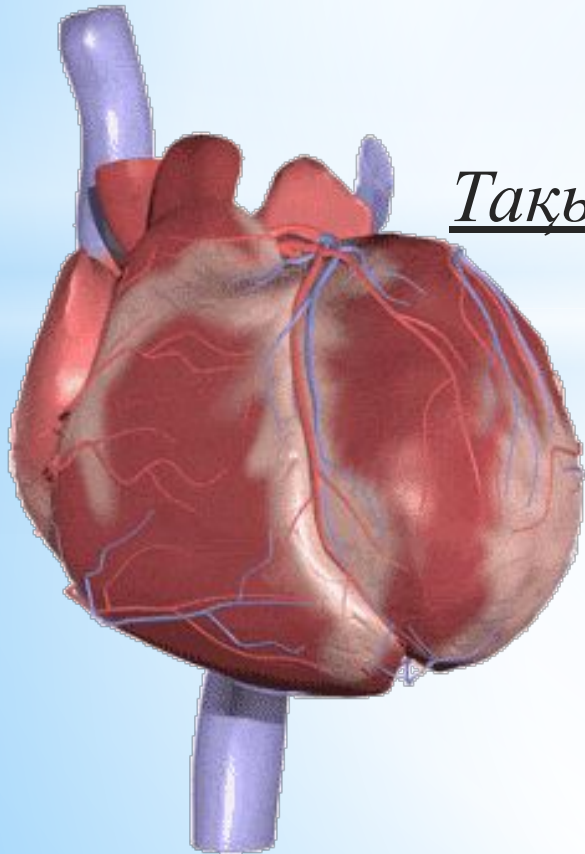


Қ.А.Ясауи атындағы  
халықаралық  
қазақ-түрік университеті.  
**СӨЖ**

Тақырыбы: Миокард инфаркты



Қабылдаған: Айдарбекова Д.Н.  
Орындаған: Ашурбекова М

Тобы: ЖМ-510

Түркістан 2017

# ЖОСПАР

## 1.Кіріспе

## 2.Негізгі бөлім

*-Трансмуральды миокард инфарктысы(ST сегментінің жоғарылауымен,  
Патологиялық Q тісшесі)*

*а.АХЖ коды*

*ә.Этиологиясы*

*б.Патогенезі*

*в.Диагностикалау*

*г.Дифференциялы диагностика*

*д.Емі*

*-Трансмуральды емес миокард инфаркты*

## 3.Қорытынды

## 4.Қолданылған әдебиеттер

# *Зерттеу сұрағым*

Миокард инфарктының  
түрлеріне тоқталу

# *\*Зерттеу мақсатым*

Миокард инфарктының  
түрлерін студенттерге жеткізіп  
тиімді емдеу жоспарын құру.

# \* Кіріспе

**Миокард инфаркты** – тәж қанағымның миокардтың мұқтаждығын қамтамасыз ете алмауынан дамидын миокардтың ишемиялық некрозы

1.1. Трансмуральды миокард инфарктысы-некроз аймағы жүрек бұлшық етінің бүкіл қабатын субэндокардиальды бөлігінен субэпикардиальды миокард қабаттарын қамтиды.

1.2. Трансмуральды емес миокард инфарктысы-некроз аймағы тек субэндокардиальды немесе интрамуралды түрде сол қарыншаны зақымдайды.

## **АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):**

### **I21 Жіті миокард инфаркті**

Енгізілді: миокард инфаркті, жіті ретінде анықталған немесе 4 аптаға (28 күн) дейін ұзарған не жіті басталғаннан соң пайда болады деп бекітілген.

Енгізілмеген:

миокард инфаркті:

- бұрын ауырған (125.2)

- келесі (122.\_)

- созылмалы немесе аурудың басталғаннан 4 аптаға (28 күндей) созылуы. (125.8)

Жіті миокард инфарктінен кейін кейбір ағымды асқынулар (123.\_)

Инфаркттан кейінгі миокардиальды синдром (124.1)

**121.0 Миокардтың алдыңғы қабырғасының жіті трансмуральды инфаркті**

**121.1 Миокардтың төменгі қабырғасының жіті трансмуральды инфаркті**

**121.2 Жіті трансмуральды миокард инфарктінің нақтылы басқа жаққа орналасуы**

**121.3 Жіті трансмуральды миокард инфарктінің нақтылы емес орналасуы**

**121.4 Жіті субэндокардиальды миокард инфаркті**

**121.9 Анықталмаған жітімиокард инфаркті**

# ЭТИОЛОГИЯСЫ.

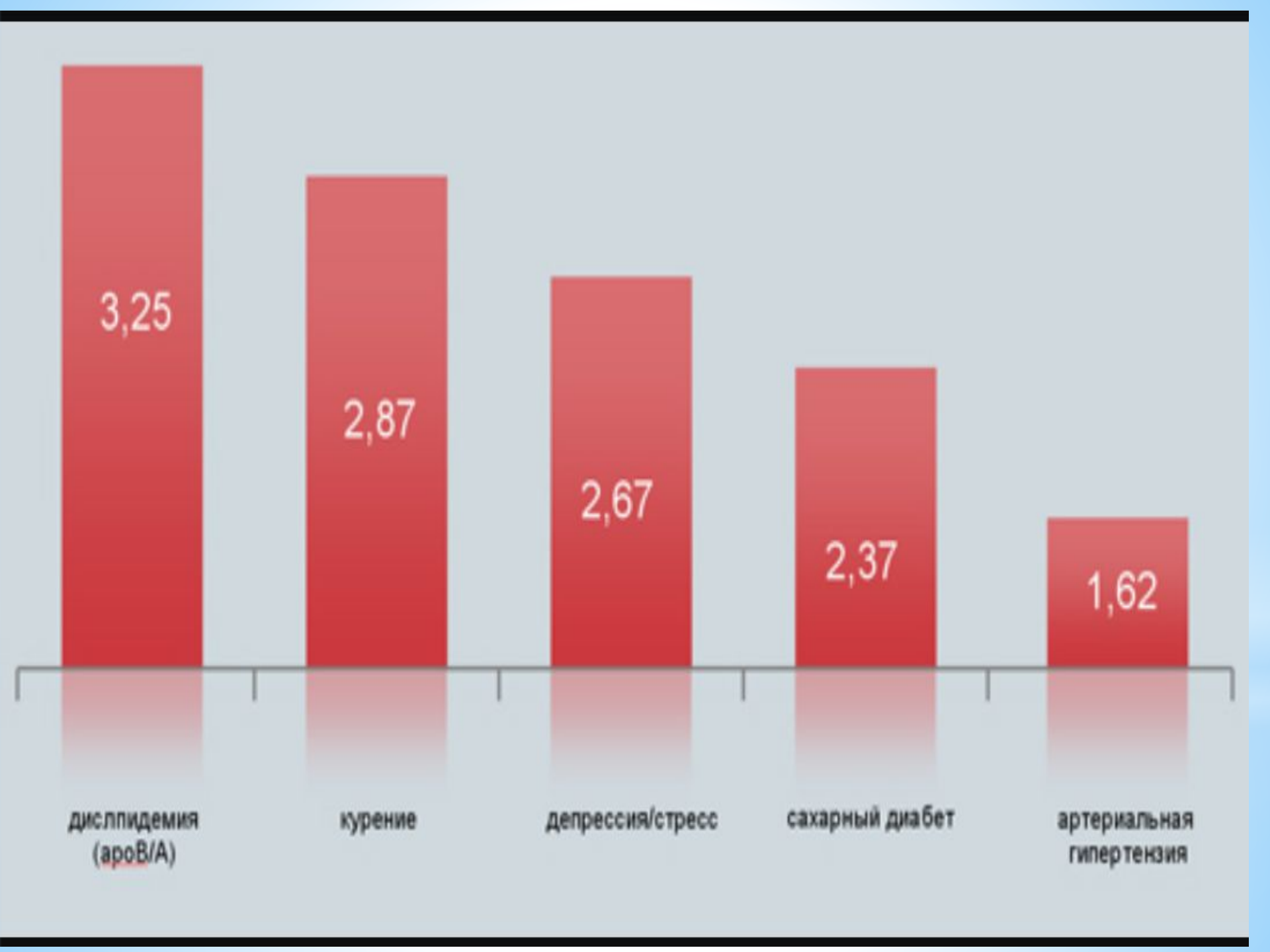
тәж артерияларының стеноздаушы  
атеросклерозы

Критикалық стеноздың үстінде тәж  
артериясының түйілуі;

Атеросклероз түйме дағының арасына қан  
құйылып ісінуінен тәж аретриясының бітелуі;

Тәж аретриясының критикалық стенозы үстінде  
миокардытың оттегіге сұранысының күрт артуы

тромбоздың салдарынан тәж  
артериясының окклюзиясы (90%);

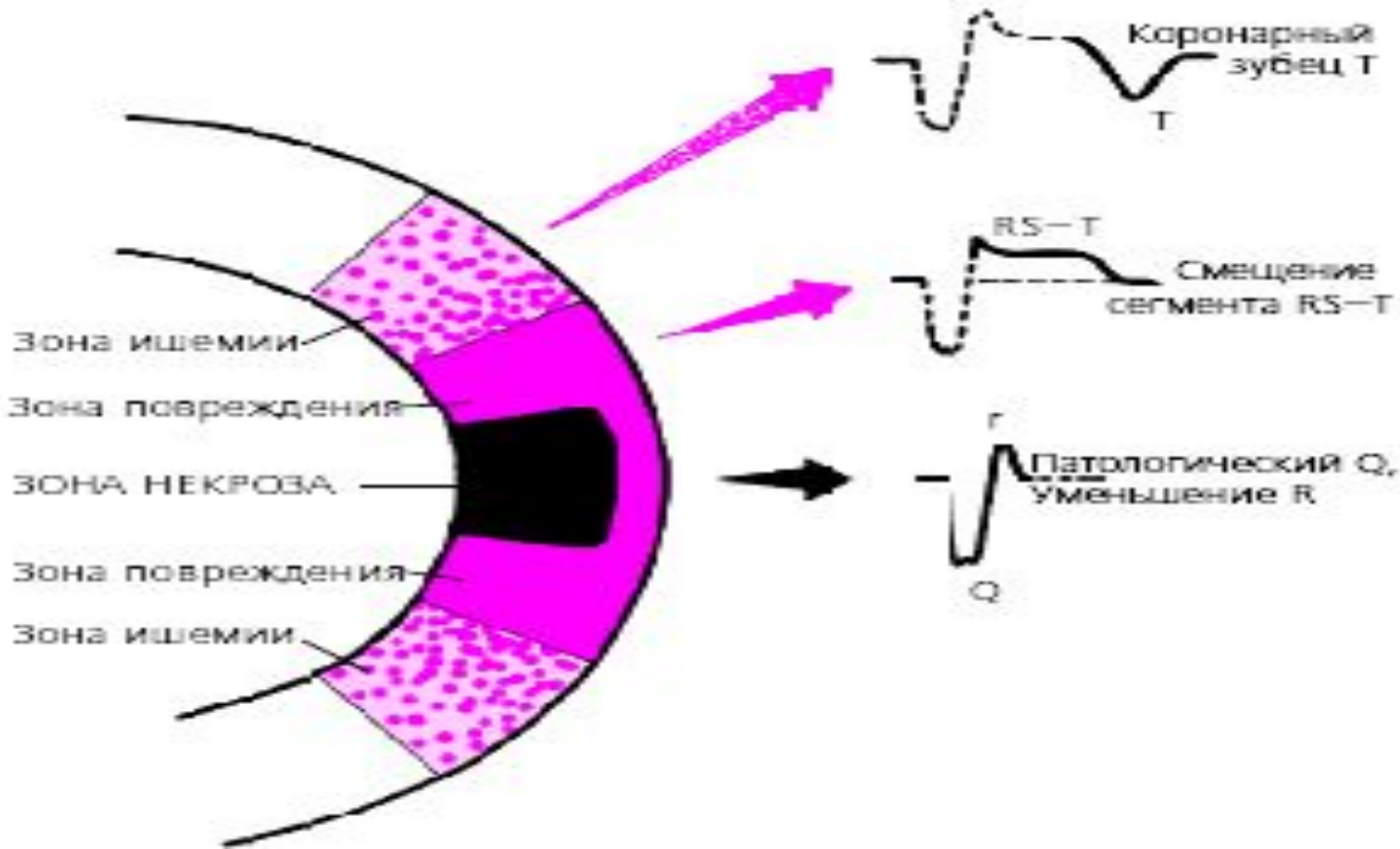




# \* Патогенезі:

- Зақымдану сатысы
- Некроз
- Ишемия
- сатысы

# \* Жедел миокард инфарктының ЭКГ лық көрінісі



# \* Клиникалық көріністері



# \* Клиникалық класиффикация МИ

Спонтанды МИ,  
атеросклерозд  
ық  
бляшкалардың  
тромбозға  
айналуы  
нәтижесінде  
коронарлы  
артериялардың  
қанмен  
қамтамасыз  
етілуінің  
бұзылуы  
нәтижесінде  
кардиомиоцитт  
ердің некрозы  
пайда болады

Коронарлы  
жүрек  
аурулары  
ішінде  
миокардың  
оттегіге  
қанығу  
балансы  
төмнедейді

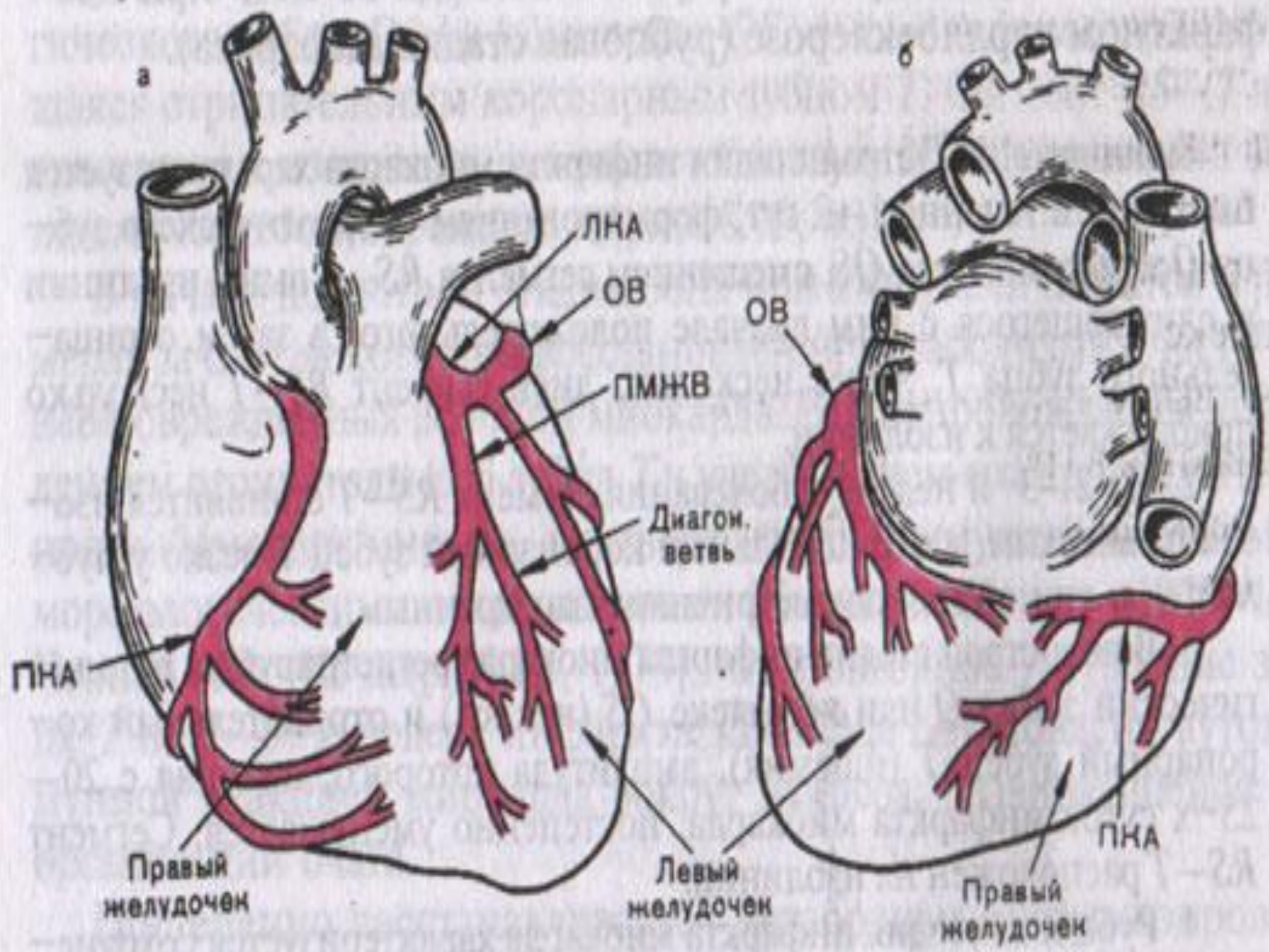
Жүректік  
өлім миокард  
инфарктысы  
мен көрініс  
беретін және  
ЭКГ да жаңа  
ишемиялық  
көрініс  
беретін  
немесе

Миокард  
инфарктысыны  
ң дамуы бұл  
типте тері  
астылық  
коронарлы  
араласуларыны  
ң әсерінен  
болады

- -стент  
әсерінен
- Биомаркерлер  
дің  
төмендеуінен

Инфаркт  
миокарды  
кезінде  
шунттау мына  
кезде жүзеге  
асырылады

- Тропанин 10  
есе  
жоғарылауы
- -жаңа  
патологиялық  
Q тішесі  
немесе ЛНПГ  
блокадасы
- Жаңа  
қайтымсыз  
ошақтардың  
пайда болуы



**\* Жедел жүрек жеткіліксіздігінің класификациясы  
КИЛЛИП бойынша**

Класс	сипаты	Летальность
I	ЖЖ жоқ	6-8%
II	Ылғалды сырылдар <50%, өкпелік гипертензия	30%
III	Ылғалды сырылдар >50 % өкпе шеңберінде .Өкпе ісінуі	40%
IV	ШОК	>500%

# Диагностикасы

Негізгі	Қосымша
ЖҚА	Гликемиялық профиль
ЖЗА	МВ-КФК
Креатинин	Магний
Клиренс креатинин	Парциальды қан қысымын
Тропанин	Тромбоциттер агрегациясын
АЛТ, АСТ	Альфа-амилаза
СРБ	ВЭМ
ЖТЛП, ТТЛП	Кт
микрореакция	мрт
Жалпы холестерин	ПЭТ
ЭКГ	
ЭХОКГ	
коронароангиография	
Keуде куысының рентгенографиясы	

# Диагностикалық критерийлері:

## 1. Шағымы, Анамнез

Keуде  
тұсының  
ауырсын  
уы  
ұзақтығы  
минут

Ниртог  
лицери  
н  
таблет  
касына  
басыл  
майды

Ауырс  
ынуды  
ң  
мойынғ  
а  
иыққа  
сол  
қолға  
берілуі

Жүрек  
айну, Құсу

Ентіг  
у,  
әлсіз  
дік,  
есіне  
н  
тану

Анамне  
зінде  
ишеми  
ялық  
ауру  
бар



# \* Физикалық қарау

Кеуде қуысын  
қарау



ЖСЖ

аускультаци  
я

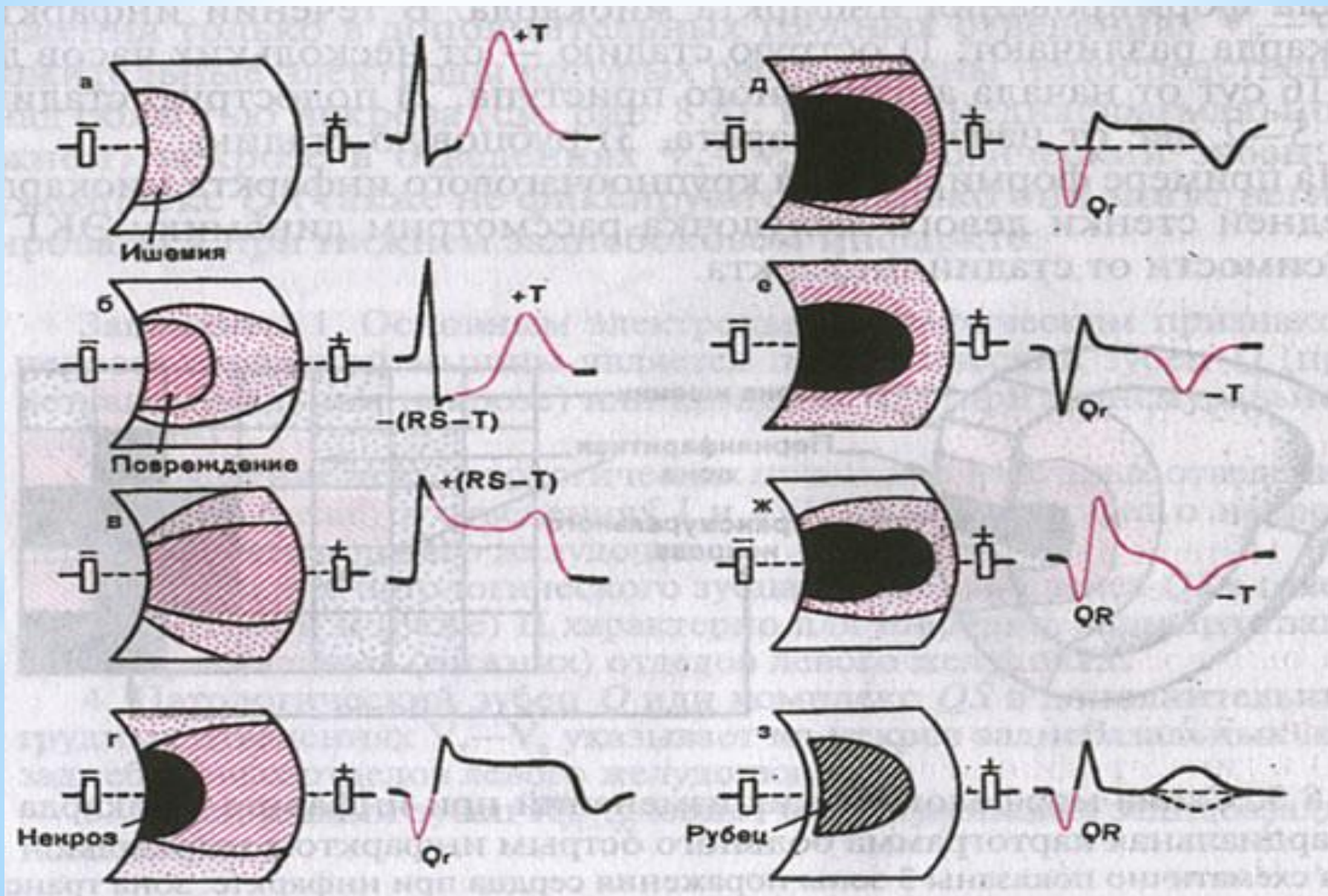


АҚҚ

# \*Инструментальды зерттеулер

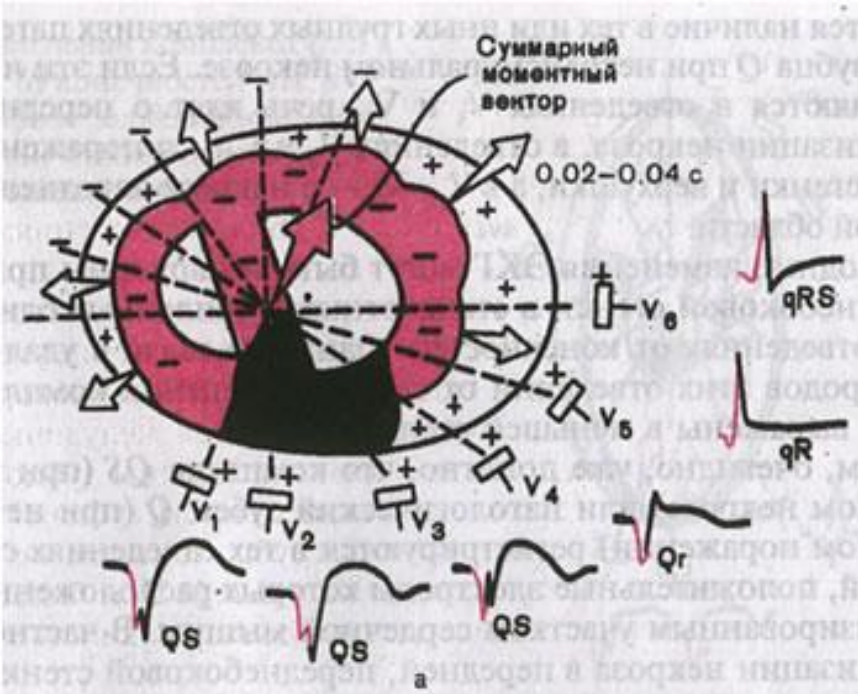
- ЭКГ медициналық қараудан кейін 10 минутта түсіріледі
- Эхокардиография
- Ангиография

Миокард инфарктының жедел (а-е), жеделше (ж), тыртықтану (з) кезеңіне байланысты ЭКГ көрінісі

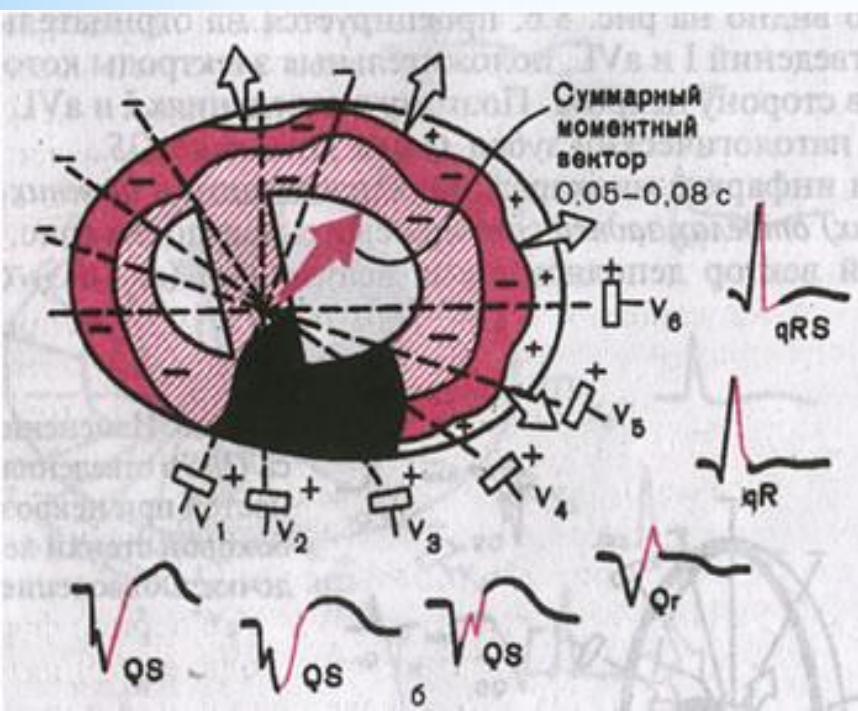


Алдыңғы қалқа бөлігінің және сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының трансмуралды некрозы кезіндегі QRS комплексінің кеуде тіркемелерінде өзгеруі (қарамен боялған)

а – субэндокардиалды және интрамуралды бөлімдердің деполяризация (0,02–0,04 с)



б – субэпикардиалды бөлімдердің деполяризациясы (0,05–0,08 с)



## Артқы базальді МИ болғанда

Негізгі өзгерістер

V7-V9 немесе

V1-V3 реципрокты өзгеріс

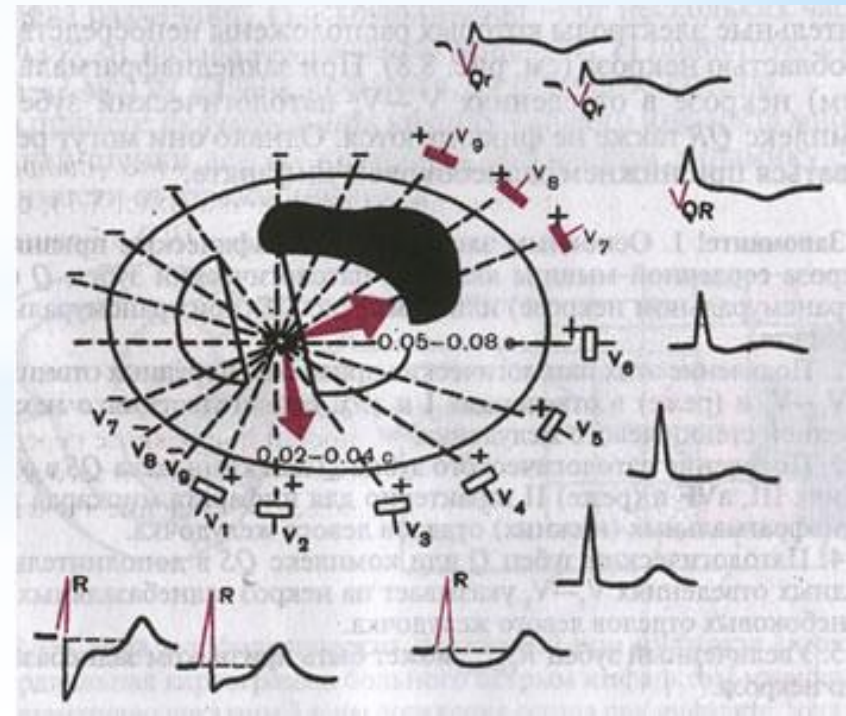
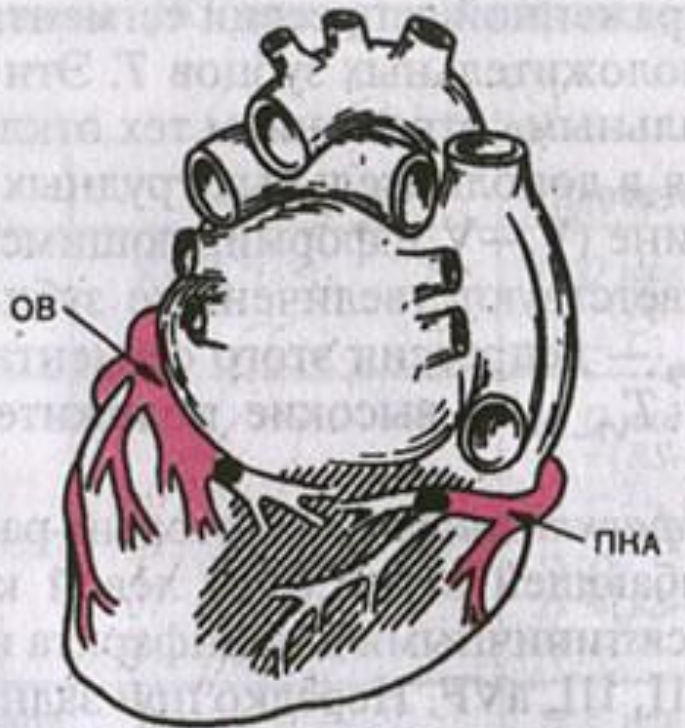
ЭКГ тән өзгерістер:

1 Q немесе QS

2 + (RS-T) немесе

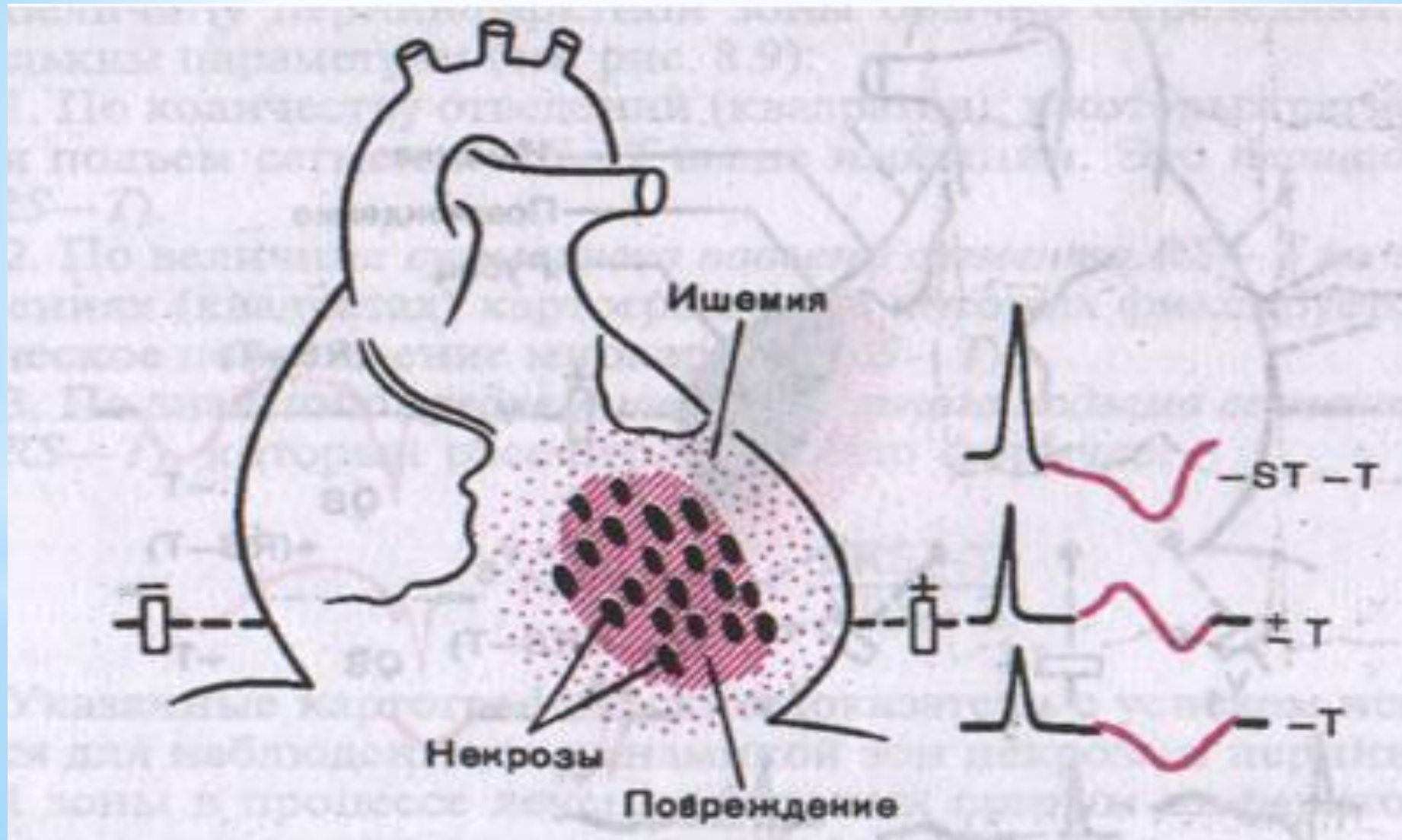
- (RS-T) +T (биік), R ұлғайған

3 -T



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

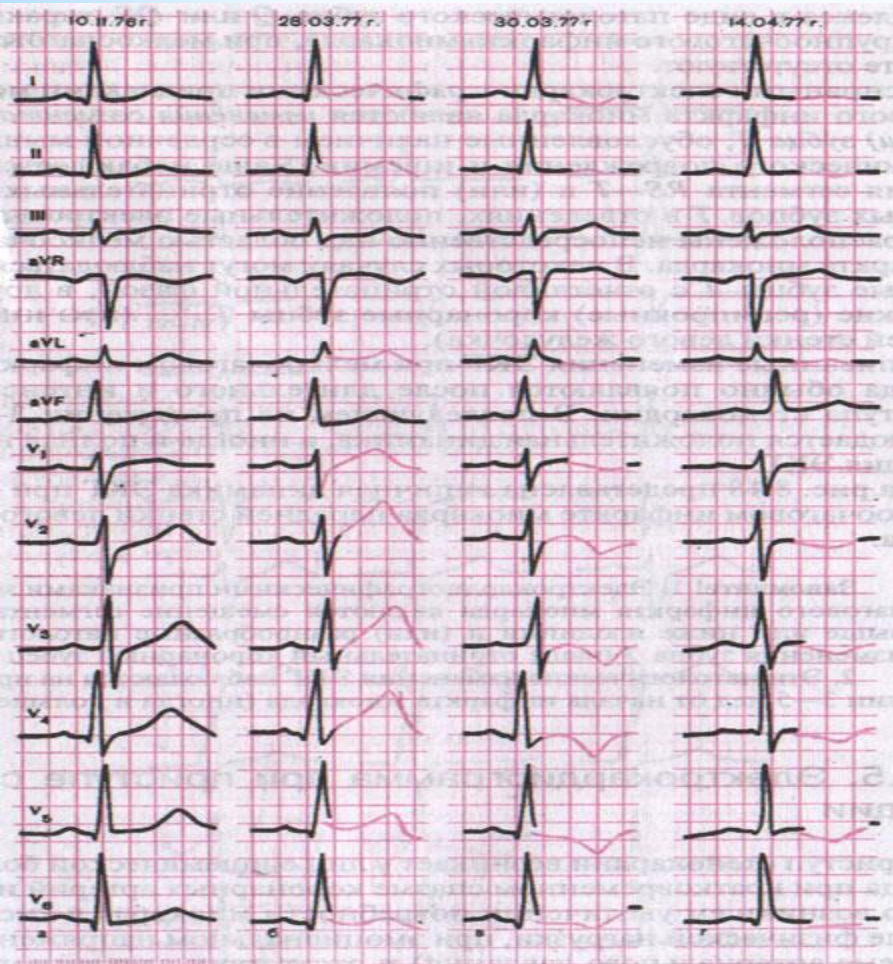
\* **Ұсақ ошақты жедел МИ кезіндегі RS–T сегментінің және Т тісінің өзгерістері**



# \* Ұсақ ошақты жедел МИ ЭКГ белгілер

RS–T сегменті изолиниядан жоғары немесе төмен ығысады, патологиялық Т тісі әртүрлі өзгереді (Т - тісі жиі теріс болады)

Осы патологиялық өзгерістер МИ басталғаннан 3-5 апта бойы сақталады, кейде одан да ұзақ



**Сол жақ қарыншаның  
ұсақ ошақты жедел МИ  
кезіндегі ЭКГ  
өзгерістері.**

**а–инфаркт болғанға  
дейін;**

**б – 1–8 күн, инфаркт;**

**в – 3-ші күн;**

**г – 17-ші күн.**

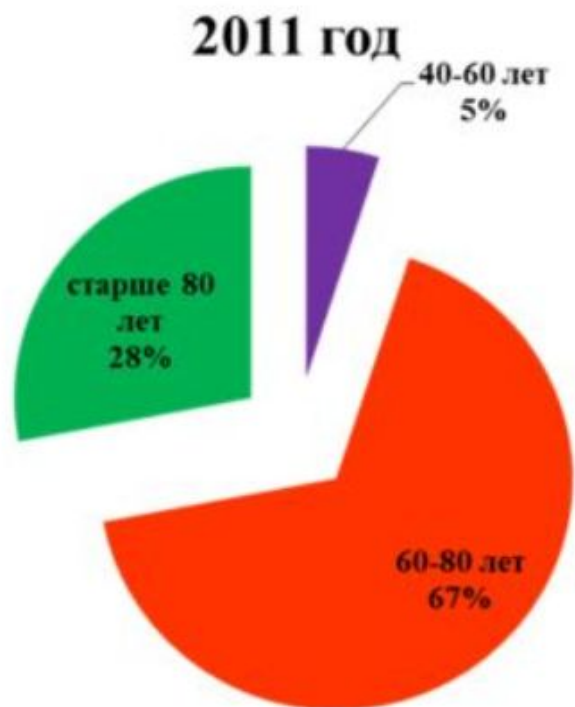


# \* Дифференциальды диагностика

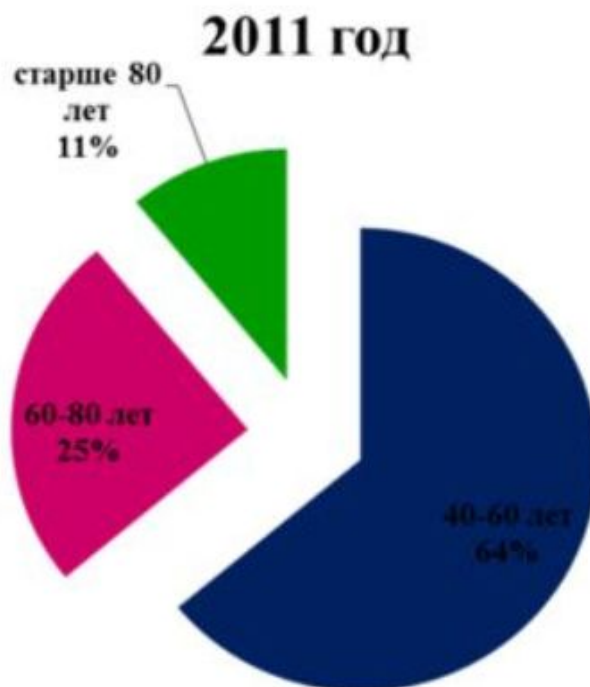
жүректік	өкпелік	гемолитикалық
Миокардит Перикардит Кардиомиопатия Синдром Такоцубо	Тромбоэмболия Өкпе инфарктысы Пневмония Плеврит Пневмоторакс	Анемия
қантамырлық	Асқазан ішек жолының	ортопедиялық
Аортаның қалыңдауы Аорта аневризмасы Аорта коарктациясы Церебралдық аурулар	Асқазандық түйілу Асқазан жарасы Он екі елі ішек жарасы Панкреатит Холецистит	Қабырғалардың сынуы Қабырғалық невралгия Қабырғалық хондрит

# Смертность от инфаркта миокарда МУЗ «ГКБ № 1» (распределение по возрасту)

**Крупноочаговый инфаркт  
миокарда (60 человек)**



**Мелкоочаговый инфаркт  
миокарда (5 человек)**



# Десять ведущих причин смерти в мире

по данным Всемирной организации здравоохранения



Итого **21,9%** случаев составляют болезни сердечно-сосудистой системы

# Микард инфарктысының емі

## 1. Медикаментозды емес ем

- Диета 10
- Серуентеу
- Физикалық жүктемеден аулақ болу



# \* Медикаментозды ем

## 1. Ауырсынуды басу

Наркотикалық анальгетиктер-

**Морфин** (омнопон), 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.

**Дроперидол** – 1 ден 2–4 мл 0,25 % ерітіндіні және анальгетик фентанилдің 1–2

мл 0,005 %

ерітіндісі қосып көк тамырға егеді.

Оттегімен араластырылған азот тотығы да ауырсынуды басады

# Антиагреганттық терапия

- \* -аспирин 150-300 мг
  - \* -Клопидогрель 75мг
  - \* -Тикагрелор 90 мг
- 

# АНТИКОАГУЛЯНТТЫ ТЕРАПИЯ

- \* -гепарин 50-60 ЕД
- \* -Эноксапарин 0,5мг вв
- \* -Фондапаринукс 2,5 мг

## ҚАН АЙНАЛЫМДЫ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

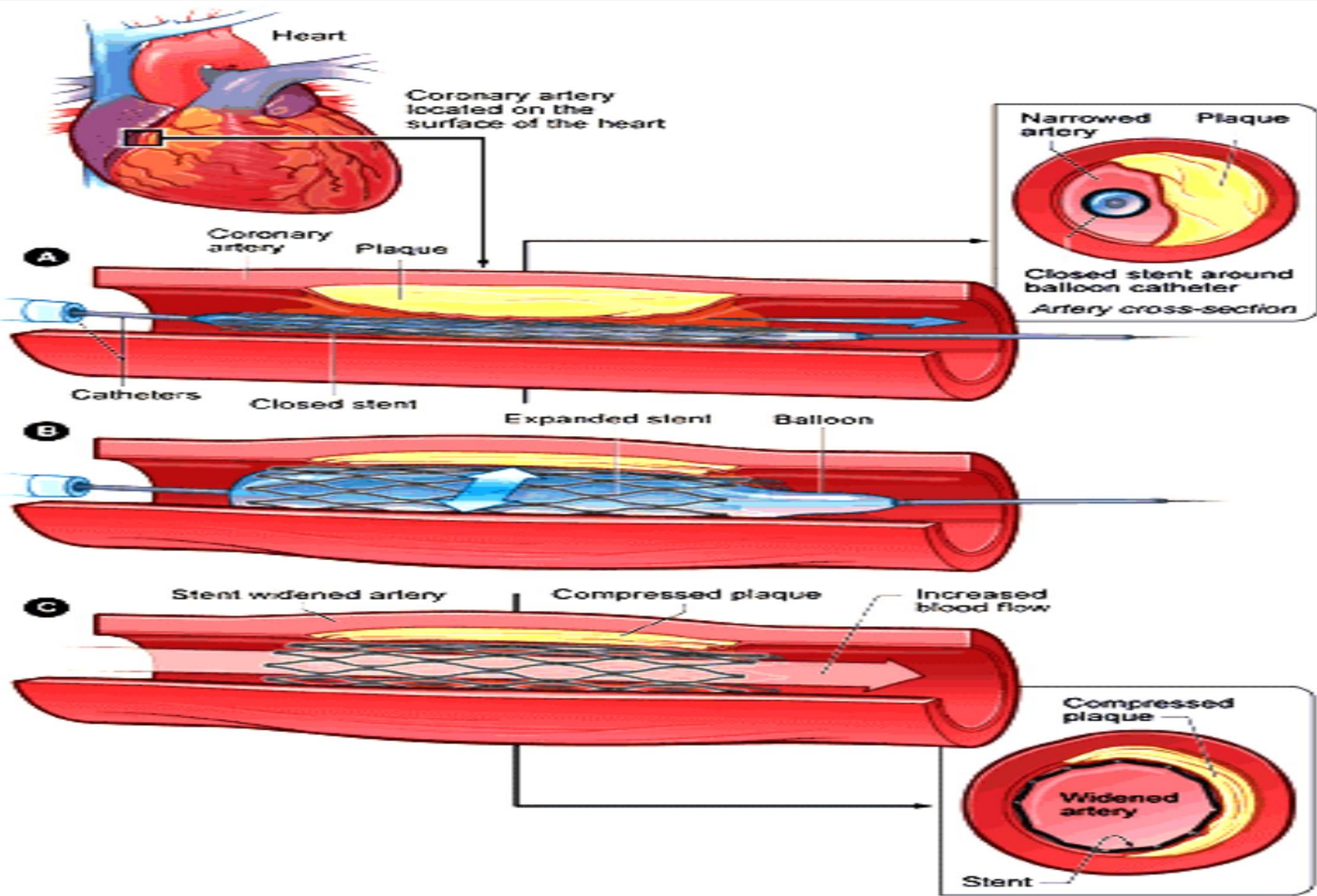
Препарат	Бастапқы мөлшері	Гепаринотерапия
Стрептокиназа	1,5 млн Б, + 100 мл 5% глюкоза немесе 0,9% физ. еріт (30-60 мин бұрын)	Қажет емес немесе тері астына 12 500 ЕД күніне 2 рет
Анистреплаза	30 Б 3-5 мин бұрын	
Альтеплаза (ТАП)	15 мг көк тамырға бірден. Жалпы мөлшері 100 мг аспау қажет	48 сағат бойы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

# **\* МИ емдеудің негізгі ұстанымдары**

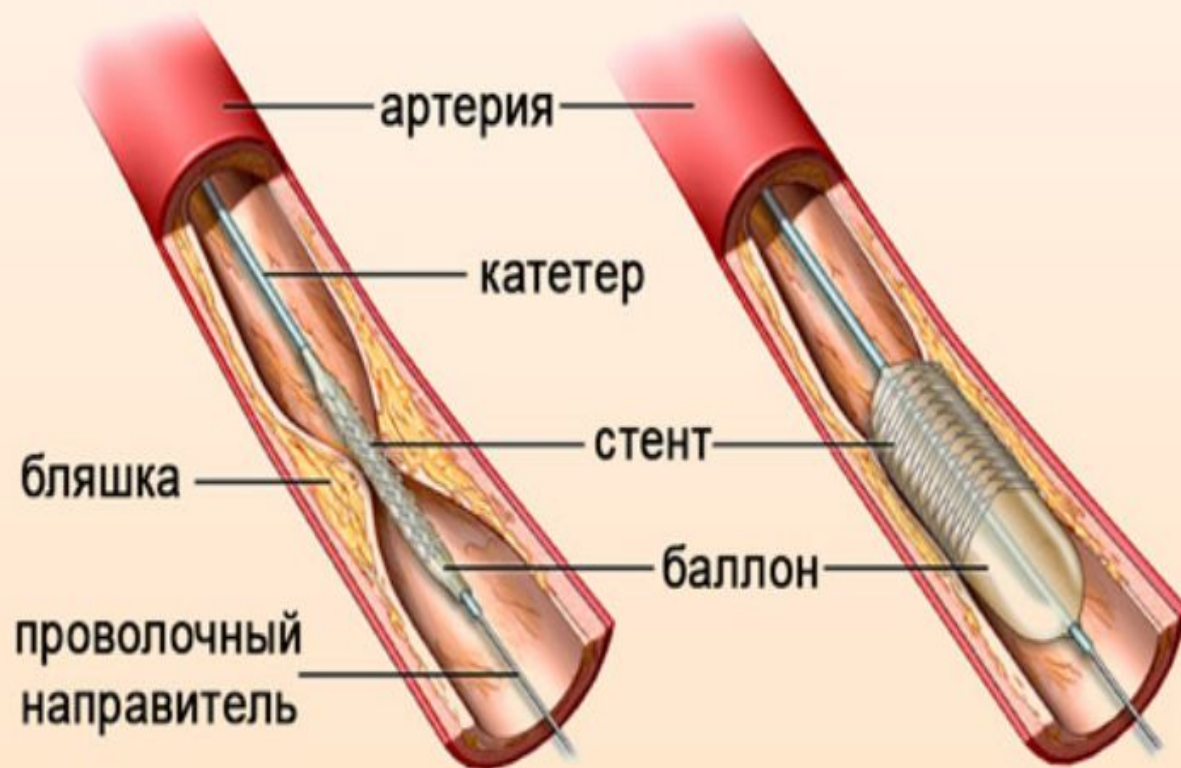
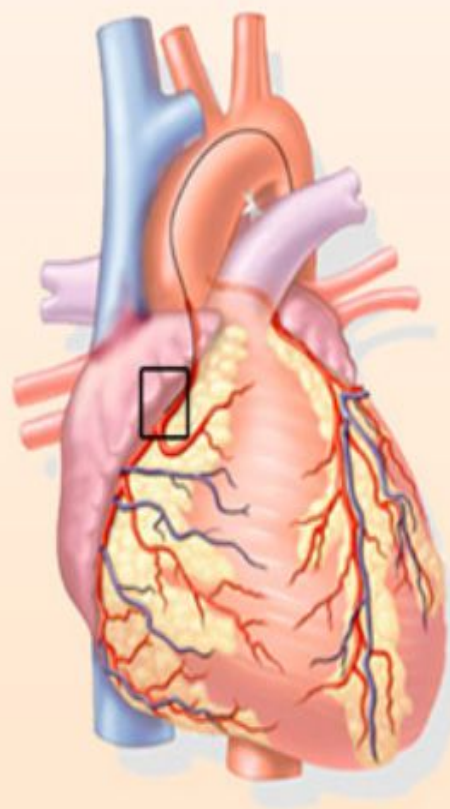
- \* Ауырсынуды басу.**
- \* Ырғақ бұзылысының алдын алу және емдеу.**
- \* Тромболизис, коронарлық артерияларда және өзге тамырлық бассейндерде тромб түзілуінің алдын алу.**
- \* Миокардтың оттегіге сұранысын төмендету:**
  - а) Сол қарынша қабырғасы кернеуін азайту;**
  - б) ЖСЖ төмендету;**
  - в) Сол қарыншаға күшті азайту (алдыңғы және артқы күштемелерді төмендету).**
- \* Ишемия аймағында коронарлық қан ағысын жақсарту (тромболизис, вазодилатация, коллатералдық қан ағысын қамтамасыз ету).**
- \* Миокард инфарктының аймағын шектеу.**
- \* Электролит және қышқыл негіз жағдайын реттеу.**
- \* Қан айналым шамасыздығын алдын алу.**



# Транслюминальді коронарлық баллонды ангиопластика, стент қою.



# СТЕНТИРОВАНИЕ СОСУДОВ



## \* Қорытынды

- \* **Қан айналымы жүйесі ауруларының проблемалары, атап айтқанда жүрек қантамыр аурулары соңғы кезде әлемдік індеттің сипатын алды. Қазақстан Республикасында жүрек және қан-тамыр дерттеріне шалдығушылық 5-7 есеге өсті, бұл дерттермен ауру-сырқаушылық және өлім құрылымы бойынша біздің республика алғашқы орындарда тұр. Ол аурулардың салдарынан тұрғындардың арасында кенеттен өлу жылдан жылға өсіп отыр. Осы патологиялық үрдістердің бірі миокард инфаркты. Бұл аурулардың алдын алу үшін салауатты өмір салтын ұстану, дұрыс тамақтану режимін сақтау, зиянды әдеттерді шектеу туралы халыққа үгіт насыхат жүргізуіміз қажет.**

# \* Кері байланыс сұрақтары

- \* 1.МИ асқынулары
- \* 2.МИ дифференциальды диагностикасы.
- \* 3.МИ-на алғашқы жедел-жәрдем көмегі.
- \* 4.МИ-ның ең негізгі диагностика әдісі.

# Пайдаланған әдебиеттің тізбегі

I. Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2009, №165 – 2013)

Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер:

- II. 1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В. И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. — 1248 с.: ил.
- III. 2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. СПб.- 2013.- 512 с. 3  
Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. М. Мед. информ.