

Миокард инфаркті



- **Қабылдаған:**
- **Орындаған:**
- **Факультет:**
- **Курс :**
- **Топ:**

Жоспар:

- *Кіріспе.*

Миокард инфаркты.

- *Негізгі бөлім.*

Миокард инфарктының клиникасы.

Экг

- *Қорытынды.*
- *Қолданылған әдебиеттер.*

Миокард инфаркты

Тәждік қан айналымы қызметінің жетіспеушілігінен, жүрек бұлшықеттерінде ыдырау ошағы пайда болуына ұласады. Миокард инфаркты көбінесе ер адамдарда, 50 жасстан асқаннан кейін байқалады. Соңғы уақытта жастарда, көбінесе 30-40 жас аралығында ер адамдарда да кездеседі.

Миокард инфаркті ағымының негізгі кезеңдері.

- Қасқағымды (30 минуттан 2сағ).*
- Жіті(7-10күнге дейін).*
- Жітілеу(30 күнге дейін).*
- Тыртықтану (8 аптаға дейін)*



Коронарлық артериялардың атеросклерозынан, тромбозынан, миокардтың оттегіге сұранысының артуынан дамидын жүректің ауруы.

Этиологиясы:

1. Коронарлық артериялардың атеросклерозы.

2. Коронарлық артерияларының спазмы.

Қауіпті ықпалдар:

1. Категория (темекі тарту, дислипидемия, артериялық гипертензия).

2. Категория (қантты диабет, гиподинамия, семіздік, менопауза және постменопаузальдық кезең).

3. Категория (алкоголь қабылдау, стресстер, гипергомоцистинемия).

4. Категория (еркек жыныс, 40 тан асқан жас, тұқымқуалаушылық).

Миокард инфарктының патогенезі

- Миокард инфаркты- ұзаққа созылатын (20 мин астам) ишемиядан жүрек еті бөліктерінің өліеттенуі.
- Ол коронарлық артерияның саңылауы атеросклероздық түйіндақпен немесе қан тамырларымен, кейде эмболмен бітелуінен дамиды.



Патогенезі.

Тәж артерияларының атеросклерозға байланысты органикалық обструкциясы.

Атеросклерозға байланысты тамырлардың өтпелі динамикалық спазмы.

Артериялардың кеңіге шамасы келмеуі.

Эндотелиндік факторларлардың әсері.

Тромбоциттер агрегациясының күшеюі.

Миокардтың оттегіге сұранысының артуы.

Тәжаралық ұрлық феноменінің пайда болуы.

Энкефалин мен эндорфиндер синтезінің бұзылысы.

Коллатеральды қан ағысының кемістігі.

Миокардқа коронарлы артериялардан қан келуінің нашарлауы, ишемияланған ошақтардың пайда болуы.

Стенокардия ұстамалары, МИ, ЖИА, жедел коронарлық синдромның дамуы.

Клиникасы:

Негізгі клиникалық көрінісі: төс артының қысып, ашып ауыруы. Ауырсыну сол иыққа, сол жауырын астына, білекке, қол ұшына, алақан бетіне таралады.

Ангинальдық синдромның ерекшелігі: ұстама кезінде вегетативтік, эмоциялық құбылыстардың болуы, үрейлену, өлімнен қорқу, терінің бозаруы, тахикардия, ентігу, аритмия, маңдайдан тер шығуы.

Кеуде қуысында жағымсыз сезімдер, сол қолдың кейде “ұюы”.



Миокард инфаркты дамуынның 6 сатысы

- ❖ **1 ші сатысы** *атеросклероздық түйіндақтардың ұлғайып кетуі* сатысында холестерин, липопротеидтер коронарлық артерияның ішкі қабатына көптеген сіңбеленеді.



- ❖ Содан түйіндақтың көлемі ұлғаяды, онда дәнекер тіндердің қатты өсуі, кальцийдің жиналуынан тамырдың саңылауы қатты тарылады;

2 ші

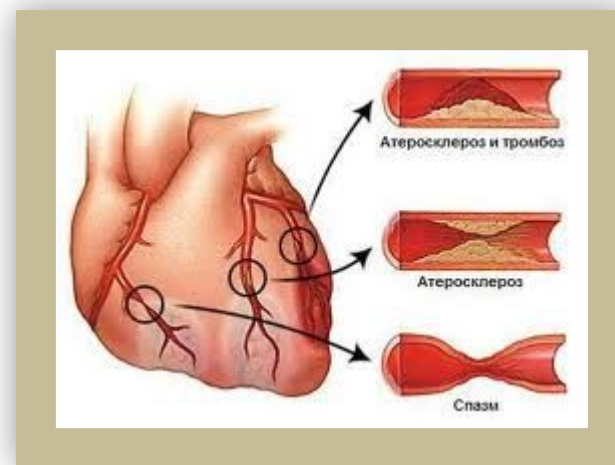
атеросклерозға ұшыраған тамыр қабырғасының бөлігі сатысында жүйкелік-эндокриндік, паракриндік және механикалық ықпалдарға тамыр қабырғасы қатты спазм дамуымен жауап қайтарады;

- **3ші атероматоздық түйіндақтар аумағында тамыр қабырғасының жыртылуы немесе бүлінуі** сатысы.
- Түйіндақ көлемі тым ұлғаюдан, артерияның қатты жиырылуы нәтижесінде түйіндақтар аумағында эндотелий жасушаларының бұзылыстарынан, тамыр қабырғасын қоректендіретін майда тамырларың жыртылуынан дамиды.

4 ші тромбоз сатысы эндотелий жасушаларының бүліністерінен дамиды. Бұл кезде эндотелий астындағы фибронектин, коллаген және виллебранд факторы босап тромбоциттердің белсенділігі көтеріледі. Осыдан тромбоциттердің адгезиясы мен агрегациясы тромб құрылуына бастама болады.

Тромб құрылуы коронарлық артерияның саңылауын толығымен бітеп қалуы мүмкін

5 ші тромб өздігінен еру сатысында тромб құрылуы аяқталғаннан кейін плазминогеннің тіндік әсерлендіргіші плазминогенді плазминге айналдырып фибрин талшықтарын ерітеді. Корнарлық артерия саңылауының тромбпен жартылай бітелуі жиі тұрақты емес стенокардияның көріністеріне әкеледі. Ол толығынан бітелгенде миокард инфаркты дамиды.



6шы қайта тромб құрылу , қан қатпасының тамырдың бойымен ұлғаюы және **тромбоэмболия** сатысында тромб құрылу қарқыны мен тромбтың өздігінен еруінің арасында қатты ауытқулар болады.

Егер тромб құрылу оның еруінен басым болса, онда тромбтың көлемі ұлғайып тамырдың бойымен ұзарады. 50 пайыз тамырдың тез бітелуі болып миокард инфаркты дамиды.

Бұндай науқастарда миокард инфарктының барлық әйгіленімдері кенеттен пайда болмай, стенокардия ұстамаларының дамуы жиілейді.

Миокард инфарктының 6 шы сатысының ЭКГ көрінісі

- **QS өркеші немесе кеңейген және терең Q өркеші, ишемияға тән T өркеші пайда болады, S-T аралығы изолиниядан жоғары немесе төмен ығысады.**

Миокард инфаркты:

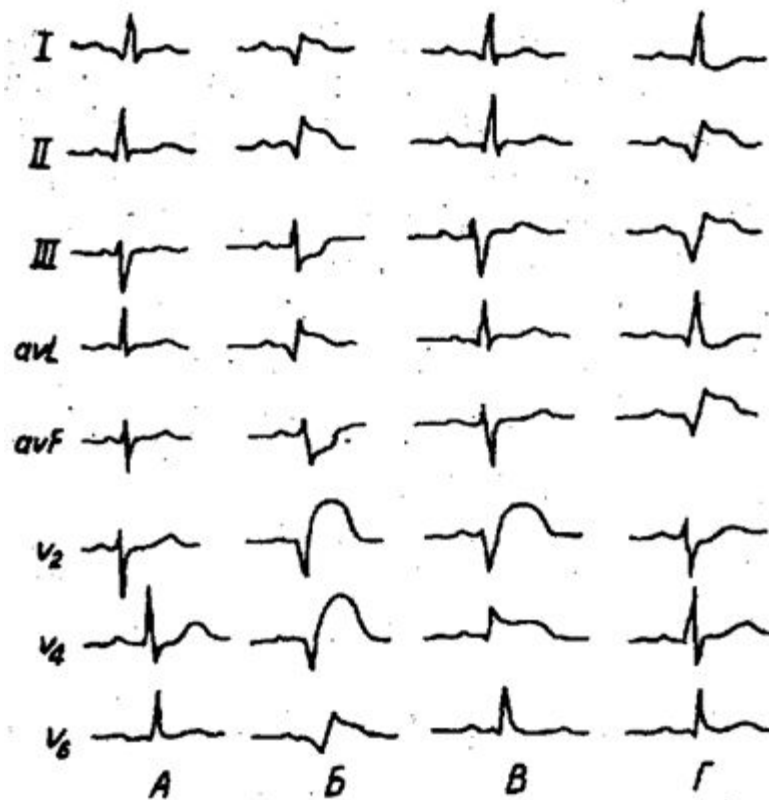
- *трансмуралдық-жүректің барлық қабаты бүлінген*
- **Интрамуралдық-**миокардтың іші бүлінген
- **Субэндокардтық-**эндокард асты бүлінген
- **Субэпикардтық-**эпикард асты бүлінген
- Миокард инфарктында коронарлық артериялардың қатты жиырылуынан немесе бүліну ошағында биологиялық белсенді заттардың жиналып қалуынан қатты ауыру сезімі болады, ол қатты қобалжу, қорқу сезімімен қабаттасады. ауыру сезімі сол жақ қолға, жауырынға, иыққа, астыңғы жаққа, тіске берілуі мүмкін

Миокард инфаркты көріністері

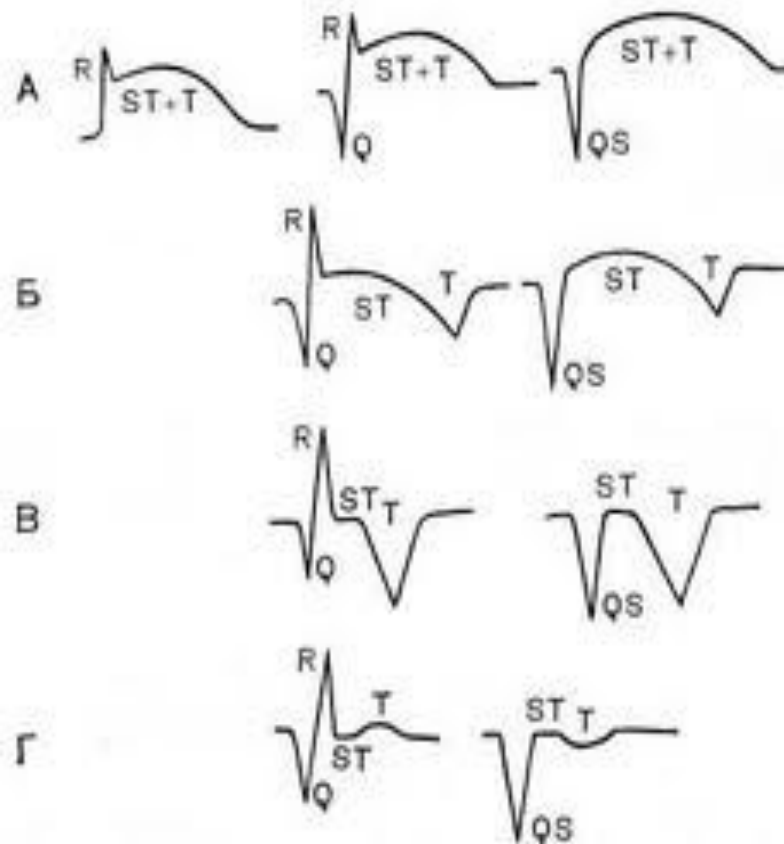
- *Миокард инфарктынан 30-40 пайыз науқас жан тапсырады. Одан сауығу кезінде миокардтың ишемиясы мен инфаркты қайталануы мүмкін, жүрек аритмиялары пайда болуына және науқастың аяқ астынан жан тапсыруына қауіп төнеді.*
- **миокардтың насостық қызметі төмендеуімен**
- **жүрек аумағында қатты ауыру сезімі болуымен**
- **қан ұюының қатты артуымен**

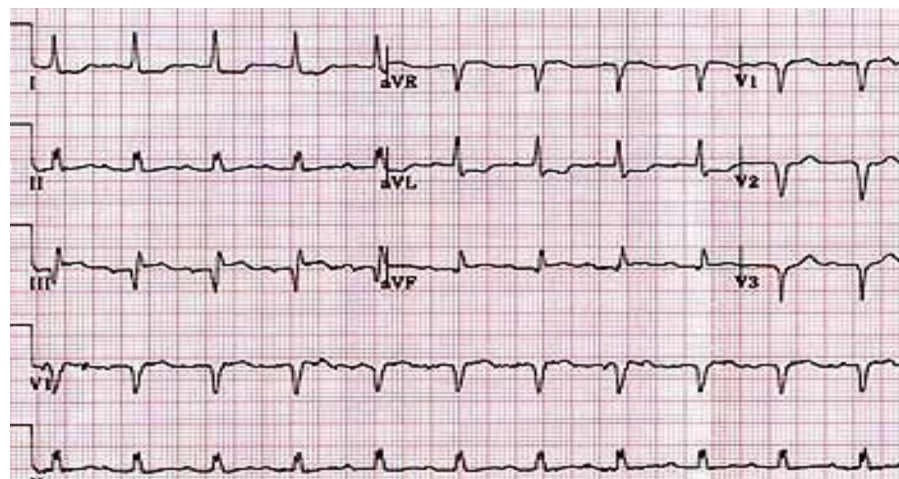
Экг көрінісі

- Коронарлық қанайналымы бұзылғаннан кейін тіпті бірінші минуттардың ішінде ЭКГ-де Q өркешінің тереңдеуі, ST аралығының қалыпты орнынан ығысуы, QRS кешені мен T өркешінің өзгерістері пайда болады.



T өркештерінің өзгерістеріне қарай миокард инфарктының сатыларын ажыратуға болады. Мәселен, 2ші сатысында инфарктың жіті сатысында T өркеші R өркешінің төбесіне қарай қатты көтеріледі, ST аралығы бірігіп, мысықтың жотасына ұқсап доғалданады. осылай оның өзгеруін Парди сызығы дейді. Жітілеу және тыртықтану сатыларында ол изолинияға көтеріледі, бірақ оған жетпейді. Дерттік Q өркеші мен шамалы теріс T өркешінің бірнеше күн өзгермей болуы тыртық қалыптасуын көрсетеді.





Женский портал www.medcent.ru

Стадия	Длительность	ЭКГ-картина	Признак
Ранняя стадия (ишемия)	несколько минут, до получаса		- высокий остроконечный зубец T ^K
Стадия I (повреждение)	от нескольких часов до 1-3 сут.		- подъем (куполообразный) ST выше изолинии, ST сливается с T ^K - зубец R еще высокий - зубец Q еще неглубокий
Стадия II (острая)	1-2-3 недели		- подъем ST выше изолинии с инверсией зубца T (T отриц.) - увеличение амплитуды зубца R - зубец Q ^{inf} (Qr, QS) - инфарктный
Стадия III (подострая)	1-3 месяца		- зубец Q ^{inf} (инфарктный) - отрицательный зубец T - сегмент ST приближается к изолинии
Стадия IV (рубцевание)	до нескольких лет		- стойкий зубец Q ^{inf} (Qr, QS) - "провал" зубца R - зубец T сглажен, постепенно нормализуется; ST на изолинии

ЭКГ признаки инфаркта миокарда

- миокард инфарктынан кейін жүректің ишемиялық ауруының асқынуы ретінде инфарктан кейінгі кардиосклероз дамиды.
- миокард инфарктының жіті кезеңінде ишемияның әсерінен қосымша әдеттен тыс қозу ошақтары пайда болады, олар экстрасистолия, ұстамалы тахикардия дамуына әкеледі.
- миокард инфаркты нәтижесінде кардиогендік сілейме мен өкпе ісінуі дамуына қауіп төнеді.
- миокард инфаркты кезінде жүрек шығарымы мен соққылық көлемі азаяды, жүрек қуыстарында дистола соңындағы қан көлемі көбейеді.

Жедел жәрдем.

Тыныштық күйді сақтау.
Оттегі беру.
Нитроглицерин таб тіл астына қою.
Антикоагулянттар.
Коагуляциялық қарсы гепаринді
енгізу.
Ауруханаға жеткізу.



Миокард инфарктын емдеу негіздері

- Коронарлық артериямен жүрекке қан жеткізілуін қалпына келтіруге, жүрек аритмияларын және қатты ауырсынуды басуға бағытталуы қажет.
- Емдеуде фибринолиздік дәрілер пайдаланылады. 30 мин астам созылған жүрек ишемиясы кезінде тағайындау қажет. **ЭКГ да** S-T аралығы ең кемінде екі тіркелімде изолиниядан жоғары көтерілуі немесе инфаркт сол жақ қарыншаның артқы қабырғасында болғанда бұл аралықтың изолиниядан төмен ығысуы тромболиздік дәрілерде қолдануға негіз береді.

Фибринолиздік емді қолдануға болмайды:

- ✓ инфаркт даму алдында кез келген ағза мен мүшенің қанауы болғанда
- ✓ екі апта бұрын хирургиялық операция жасалғанда
- ✓ артерия қысымы 200/120 мм жоғары болғанда
- ✓ ми қанайналымы бұзылыстарында
- ✓ ұзақ реанимациядан кейін
- ✓ қолқа тамырының сыдырылатын аневризмасы кезінде

бета-1-адреномиметиктер:

- миокардтың жиырылу күшін әлдендіретін дәрілер;
- жүрек алдылық және соңылық жүктемелерге әсер етпей, солжақ қарыншаның соққылық көлемін ұлғайтады
- жүрек жиырылу жиілігі мен күшін ұлғайту арқылы оның оттегіге мұқтаждығын арттырады.
- жүрек ырғағы бұзылыстарына әкелуі мүмкін.
- Допамин, добутаин, допексамин

Қолданылған әдебиеттер.

Қ.М. Турланов Жедел иецииналық
жәрдем.

Интернет <http://www.google.ru/>

Б. Калимурзина. Ішкі аурулар. 1 том.