



Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық
қазақ-түрік университеті

Факультет: Медицина

Тақырыбы: Жұмыс аптасын жоспарлау

Қабылдаған: А. Табылдиева

Орындаған: Н. Бегалиева

Тобы: ЖМ-004



□ Жіті коронарпы қан айналымының

жетіспеушілігінің нәтижесінде дамидын жүрек бұлшық етінің ишемиялық некрозы.

Миокард инфаркті- мүгедектікке және өлімге алып келетін себептердің бірі болып табылады.

Миокард инфаркті ауруының-соңғы жылдары өршуі байқалуда, әсіресе жас және орта жас буындарда кездеседі.

Миокард инфаркті-ауруханалық өлімшілдігі төмендегенімен, бұл аурудан осы уақытқа дейін жалпы өлімділік жоғары болып отыр. Өлімділік жағдайдың көбісі ауруханаға дейін орын алады.

Сердечная недостаточность

Нормальная
сердечная
мышца



Недостаточность
сердечной
мышцы

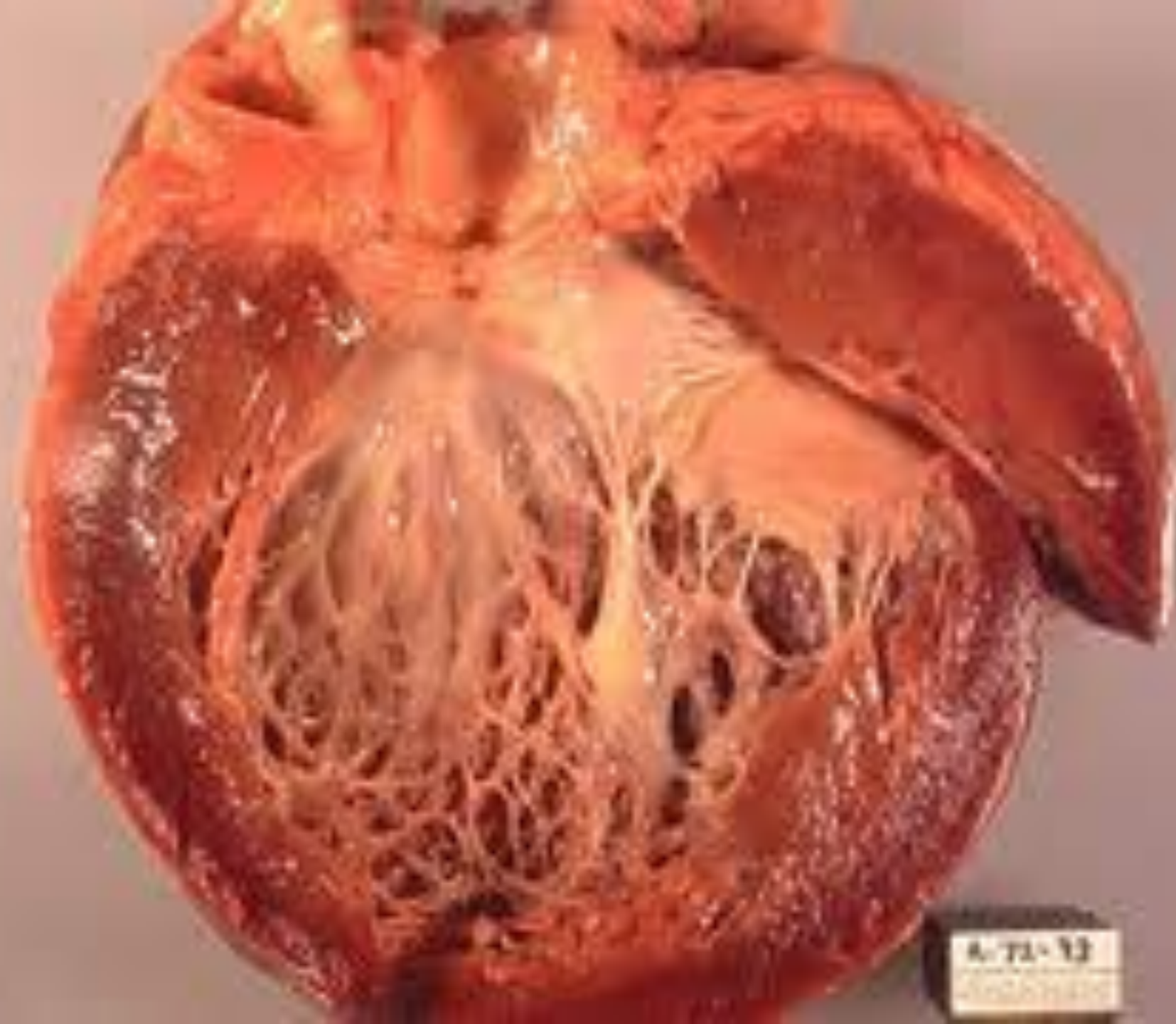




□ 1) Жүрек бүлшегінің тереңдігімен

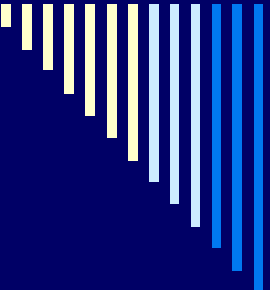
ауқымдылығына байланысты зақымдалуы:

- а) трансмуральды- Q-тісшесі Миокард инфаркті) (патологиялық - Q-тісшесі не QS комплексінің пайда болуы- некроз ошақтары 2-немесе оданда көп сол қарыншалық сегменттеріне таралуы (Миокард инфаркті-ірі ошақтары).
- б) Q-тісшесіз Миокард инфаркті-некрозы ошақтар тек сол қарыншаның субэндокардиальды немесе интрамуральды бөліктерін және QRS комплексінің патологиялық өзгерістерімен жүреді. (Q-тісшесіз Миокард инфаркті-ұсақ ошақты миокард инфаркті деп аталып келді)



A-T1-V3

□ 2) Аурудың ағымына қарай сипаттамасы:



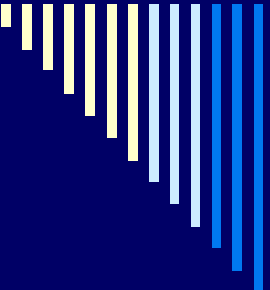
а) біріншілік - анамнезде миокард инфарктімен бұрын ауырмағанған және аспапты тексерулерде миокард инфаркті белгілерінің болмауымен анықталады.

б) қайталамалы - науқаста бұрын миокард инфарктімен ауырғаны туралы құжаттық мәлімет болса және айқын жаңа некроз ошақтарының пайда болуымен анықталады.

в) рецидивті - клиника-зертханалық және аспапты зерттеу белгілердің, миокард инфаркті дамығаннан кейін мерзімі 72 сағаттан 28 күнге дейін жаңа некроз ошақтарының пайда болуымен және оның негізгі үдістерінің тыртықтануымен аяқталуы.



□ 2) Аурудың ағымына қарай сипаттамасы:

- 
- а) біріншілік - анамнезде миокард инфарктімен бұрын ауырмағанған және аспапты тексерулерде миокард инфаркті белгілерінің болмауымен анықталады.
 - б) қайталамалы - науқаста бұрын миокард инфарктімен ауырғаны туралы құжаттық мәлімет болса және айқын жаңа некроз ошақтарының пайда болуымен анықталады.
 - в) рецидивті - клиника-зертханалық және аспапты зерттеу белгілердің, миокард инфаркті дамығаннан кейін мерзімі 72 сағаттан 28 күнге дейін жаңа некроз ошақтарының пайда болуымен және оның негізгі үдістерінің тыртықтануымен аяқталуы.

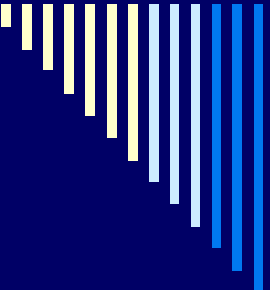
MerckUniv.fr.com
HAPPY BIRTHDAY TO THE



3) Миокард инфаркті орналасуы

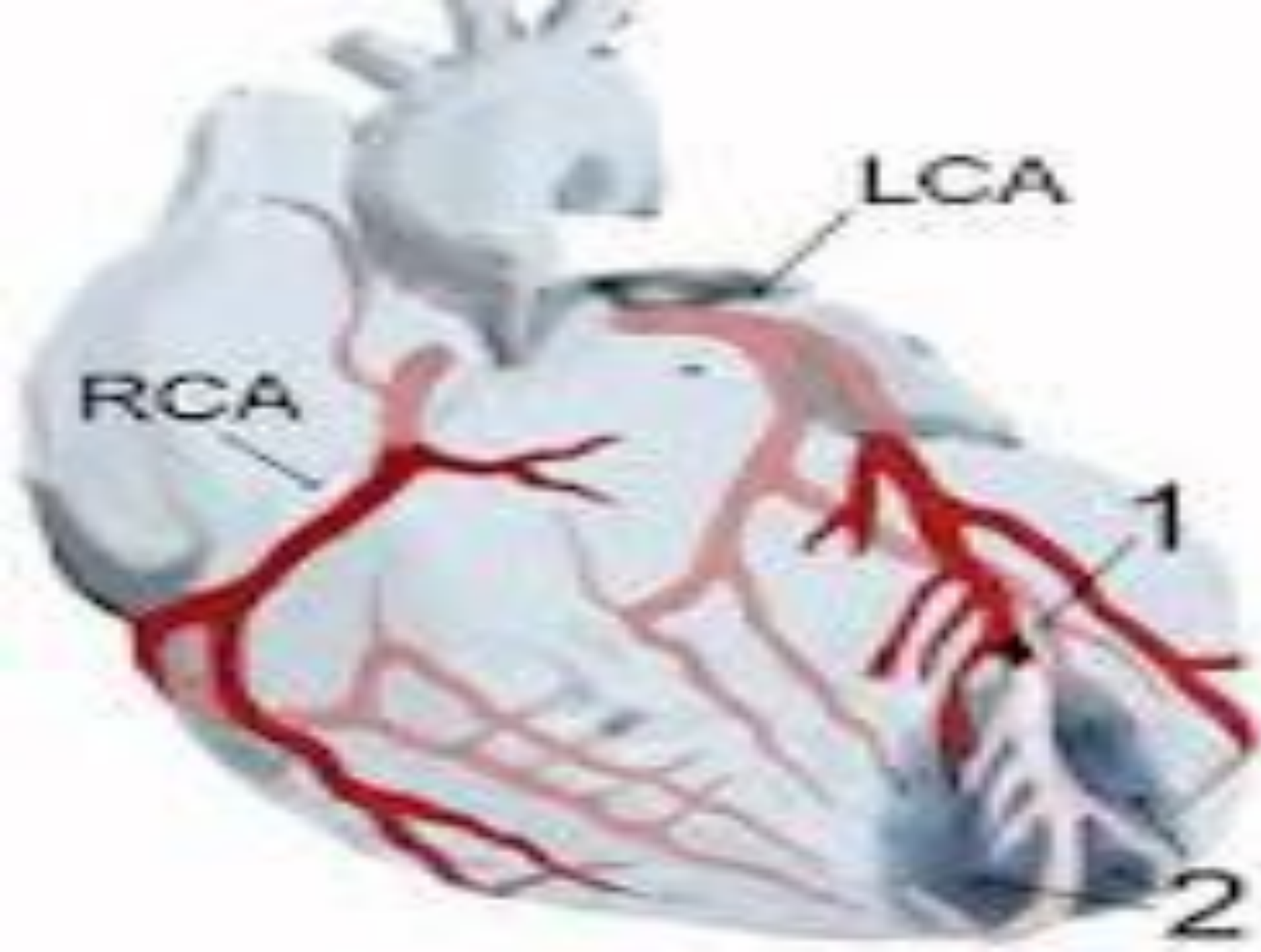
бойынша

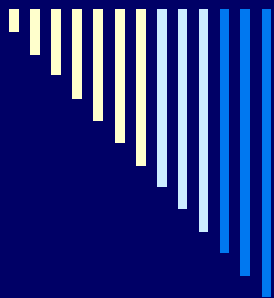
- алдыңғы септальды (алдыңғырақ)
- алдыңғы ұшы
- алдыңғы бүйіршік
- алдыңғы базальды (жоғары алды)
- алдыңғы жайылмалы (септальды, ұшылық және бүйірлік)
- артқы дифрагмальды (төменгі)
- артқы бүйірлік
- артқы базальды
- артқы жайылмалы
- оң қарыншалық миокард инфаркті



□ 4) Ауру сатысының ағымына қарай:

- қасқағым кезең- миокард инфаркті дамығаннан 2 сағатқа дейін.
 - жіті кезең- миокард инфаркті дамығаннан 10 күнге дейін
 - жітілеу кезең- 10 күннен бастап 4-8 аптаның соңына дейін
 - инфаркттан кейінгі кезең 4-8 апдтан кейін.
-





- 5) Миокард инфаркті -асқынулары
 - жіті сол қарыншалық жетіспеушілік (өкпе ісінуі)
 - кардиогенді шок
 - қарыншалық және қарыншалық үстілік ритмнің бұзылуы
 - өткізгіштің бұзылуы (СА-блокадасы, АВ-блокадасы, Гис шоғыры аяқшаларының блокадасы)
 - жедел СҚ-аневризмасы
 - миокардтың ішкі және сыртқы жыртылуы, томпанадасы.)
 - асептикалық перикардит
 - тромбоэмболиялары.

□ Диагностикалық критерілер бойынша:

Күтпеген жерден, көбіне таңертеңгілік сағаттарда (ұзақтығы бірнеше сағат болуы мүмкін).

Шағым 90-95 пайыз ауру сезімі- «қанжар сұққан тәріздес», жұлып жыртылғандай, күйдіргендей толқынды түрде дамып, бірыңғай төмендейді, бірақ толығымен жойылмайды, көбінесе кеуде артында, сол жақ кеуде қуысының тереңдеген бөлігінде сол жақ жауырынға, иыққа, қол қырына саусаққа иррадиацияланады.

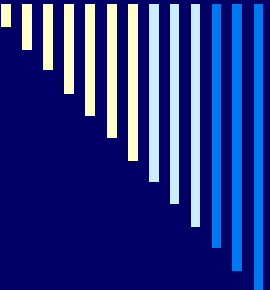
Миокард инфаркті - нитроглицеринді сублингвальды қайталамалы қабылдағанда, ангиозды ауру сезімі басылмайды,



□ ~~Ангиозды ауру синдромының даму~~

ерекшелігі оның ауру ағымына, орналасуына және науқастың жасына байланысты.

Жас науқастарда 90 пайыз жағдайда ангиозды статус айқын көрінеді. Егде жастағы науқастарда 65 пайызы көбіне кеуде артындағы ауру сезім, Миокард инфарктінің жіті кезеңінде 25 пайыз-жағдайда мүлдем болмай, ауыр түрде өтеді.

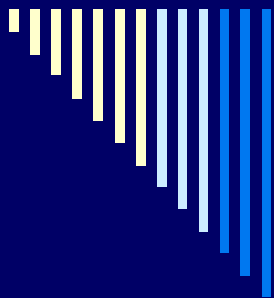


☐ Миокард инфаркті басталуының

басқада белгілі түрлері:

- демікпелік
- абдоминальды
- аритмиялық
- цереброваскулярлық
- СИМПТОМСЫЗ





□ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Лабораторлы- экспресс тест көмегімен Т- тропининін анықтау.

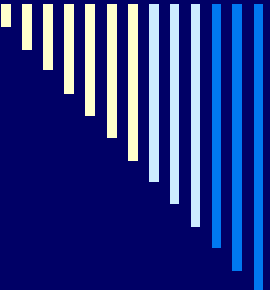
Кардиомиоциттер некрозына көбіне спецификалық маркерлер және сезімтал болып J және Т тропининдерінің концентрациялық жоғарлауы болып табылады. Қалыпты жағдайда кардиоспецификалық тропининдер қанда анықталмайды немесе олардың концентрациясы минимальды белгілерден аспайды. Кардиомиоциттердің некрозы салыстырмалы түрде J және Т тропининдерінің концентрациясы тез және айқын жоғарлауымен жүреді. Ангинозды ұстамадан кейін тропининдер деңгейінің жоғары шекарадан 2-6 сағаттан кейін жоғарлауы және жоғарғы деңгейде инфаркт басталғаннан 1-2 апта бойы анықталып тұрады.



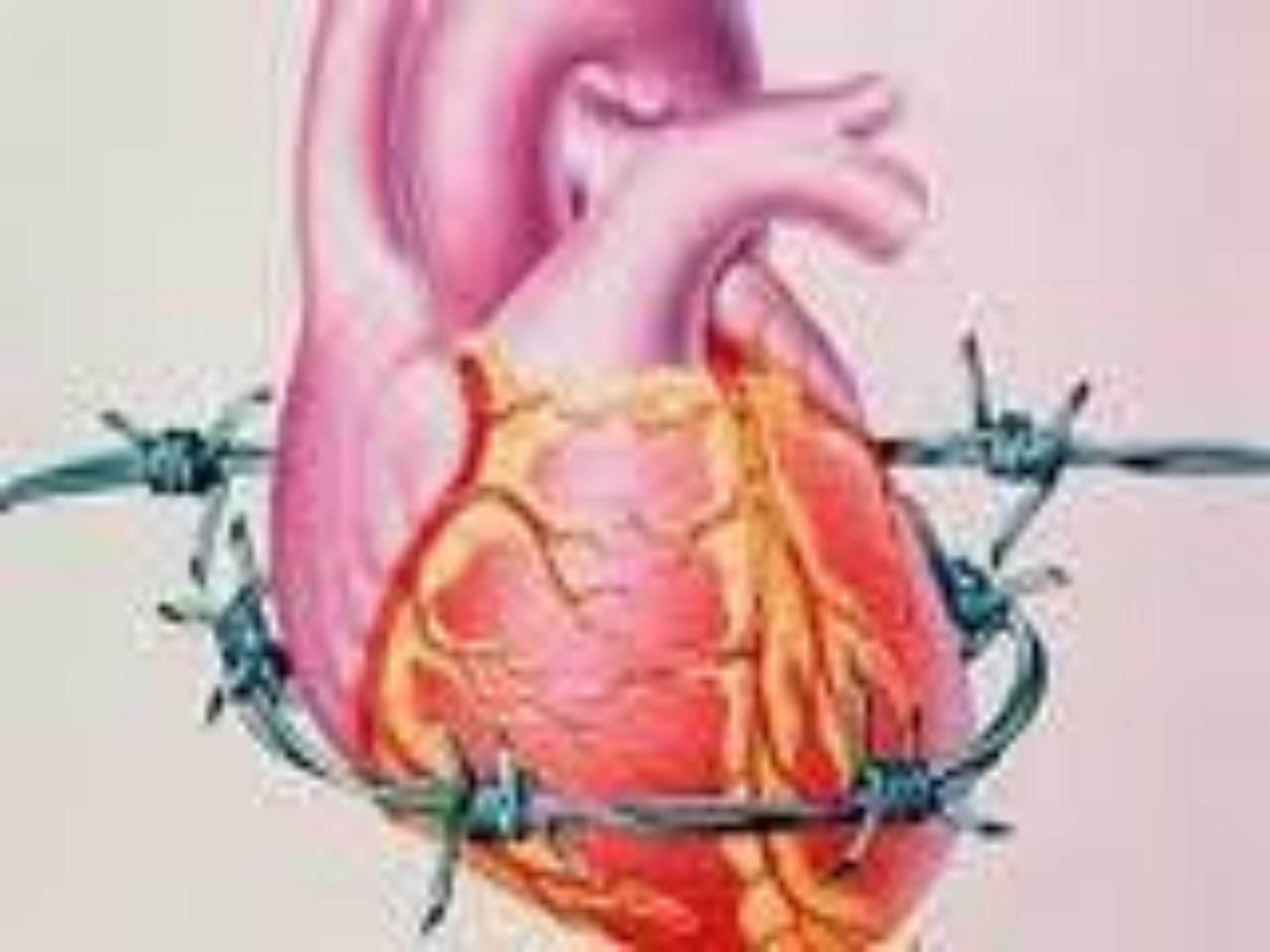


инструментальды зоттоу

электрокардиограмма жүрек бұлшықетіндегі некроз ошақтарын, оның тереңділігін және орналасуын, инфаркталды аймақ жағдайын, үрдіс динамикасын анықтауға мүмкіндік береді. ЭКГ әкетулерде некроз аймағында орналасқан активтті электрод, патологиялық Q-тісшесінің биіктігінің төмендеуі не оның толық жойылуы.



Ауру сезімін басу үшін (айқын ауру сезімге, жалпы жағдайына, жасына байланысты) морфин 10 мг 2-4 мг бөліп көк тамырға енгізу (тыныс жиілігінің 1 минутына 10-12 рет төмендеуі, қарашықтың тарылуы, АҚ төмендеуі) Фентанил күшті тез ауру сезімін басатын белсенділігі ұзақ әсер етпейтін, парасимпатикалық тонусты көтеретін, жүрек жиырылу қабілетін аздап төмендететін, тынысты тежеу мүмкіндігі бар, бронхоспазммен брадикардияға алып келетін қасиетке ие препарат. Нейролептоанальгезия жүргізу үшін наркотикалық анальгетиктерді нейролептиктермен бірге қолданады.



□ ~~Дроперидол өс түсі сақталған~~

жағдайда, әртүрлі тітіркеніштерге жауап бермейтін, нейролепсия жағдайын шақыратын препарат, сонымен қоса дроперидол АВ өткізгіштікті баяулатып, құсуға қарсы әсер көрсетіледі және де дроперидол мөлшері артериалық қан денгейіне байланысты тағайындалады.

Систоникалық қысым 100-110 мм.сн.б. кезінде-2,5 мг. 120-160 мм.сн.б.-5 мг., 160-180 мм.сн.б.-10 мг.-ға дейін.

□ - Коронарлық қан айналымды жақсарту үшін

Динитратизосорбит инфузиясын 10 мг артериалық қан қысымын бақылай отырып, көк тамырыға баяу тамшылату.

- Қарсы көрсеткіштері болмаса, Атенололды ішке 50-100 мг.береді.

- Коронарлы қан айналымды қалпына келтіру үшін:

а) стрептокиназа 30 минуттан соң 30 мг преднизалоннан кейін 1500000 МБ көк тамырға тамшылатып;

б) актилиз, альтеплаз, плазминогеннің тіндік активаторы: 90 минут ішінде 3 этапта-15 мг.-нан көк тамырға болюсті, 30 минут ішінде 50 мг. көк тамырға тамшылатып және 60 минут ішінде 35 мг. көк тамырға тамшылатып, бір уақытта гепатин тағайындау керек. Дозасы 5000 МБ көк тамырға болюсті және асперин дозасы 160-300 мг ішке беріледі.