

Семей қ. Мемлекеттік медициналық университет

Жіті коронарлық синдром

Ішкі аурулар кафедрасы

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМ

Жіті коронарлық синдромдар – тұрақсыз стенокардия, ST сегментінің жоғарылауымен және ST сегментінің жоғарлауынсыз миокард инфаркты дамуының алғашқы кезеңін және өршуін көрсететін клиникалық жағдайлар тобы. Жіті коронарлық синдром – дәрігердің пациентпен алғаш кездескенде қойылатын диагноз (жедел **мендициналық көмек**, қабылдау бөлімі, қарқынды терапия бөлімі)

ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

- ◆ жынысы (ер)
- ◆ жасы
- ◆ тұқымқуалаушылық
- ◆ Темекі шегу (соңғы 5 жылда күніне 10 дана темекі шегуі)
- ◆ Гиперлипидемия (жалпы холестерин > 5 ммоль/л; холестерин төмен тығыздықта липопротеидтер > 3 ммоль/л)
- ◆ Артериялық гипертония
- ◆ Қант диабет
- ◆ семіздік
- ◆ Гиподинамия
- ◆ Гипергомоцистеинемия
- ◆ Эстрогендер дефициті (менопаузада орын басу терапиясының болмауы)

ЖИА Этиопатогенез

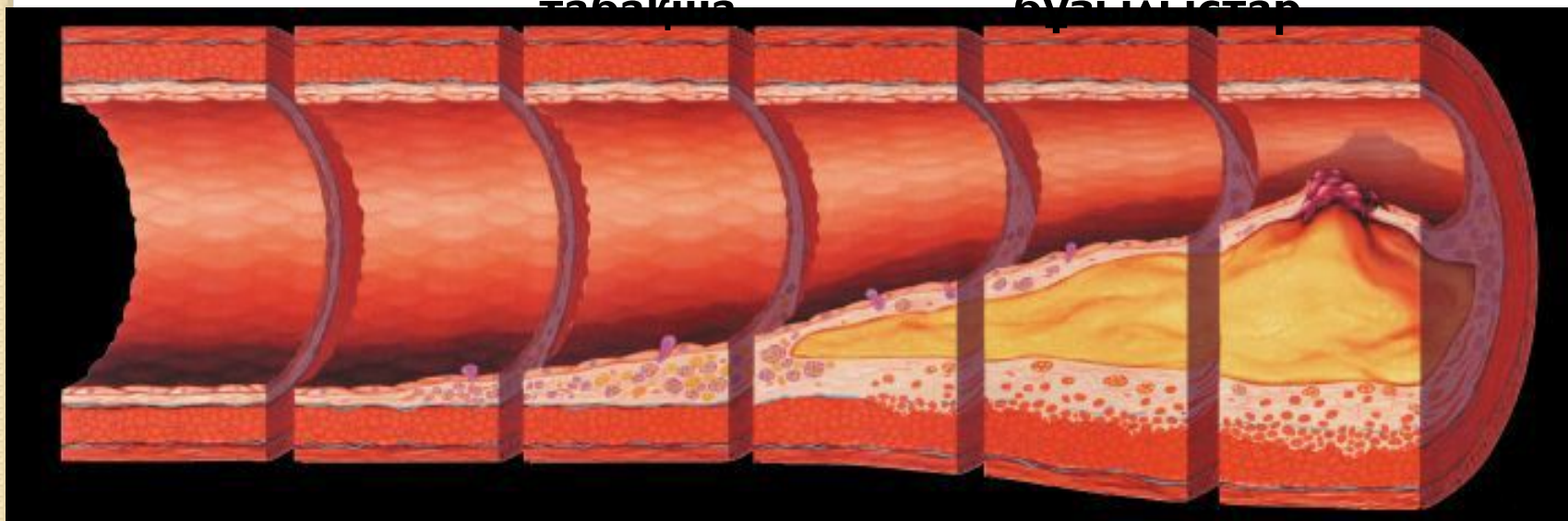
- 50% коронарлық артериялардың тарылуына әкелетін **АТЕРОСКЛЕРОЗ** дамуы – ЖИА-ның негізгі себебі
- **Патогенез негізінде** – миокардтың оттегіге және қоректік заттарға сұранысы коронарлық қанайналымымен қамтамасыз етілуінің арасындағы дисбаланс салдарынан **миокард ишемиясы дамуы**

АТЕРОГЕНЕЗ КЕЗЕҢДЕРІ

Майлы жолақ

Фиброзды
табақша

Комплексті
бұзылыстар



Эндотелий дисфункциясы

Алғашқы 10 жылдық

3-ші онжылдық

4-ші онжылдық

ЖИА КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

ДДСҰ (1979 ж.)

- ❖ **Кенет жүрек өлімі**
- ❖ **Стенокардия**
- ❖ **Миокард инфаркты**
- ❖ **Инфарктан кейінгі кардиосклероз (инфаркт болған уақытын көрсету)**
- ❖ **Жүрек ырғағы бұзылуы (миокард ишемиясымен қатысы болуы)**
- ❖ **Жүрек жетіспеушілігі (ЖИА салдарынан миокард зақымдалуы)**
- ❖ **ЖИА «мылқау» түрі**

СТЕНОКАРДИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ВАРИАНТТАРЫ

- ❖ **Тұрақты күш түсу стенокардия әртүрлі (I-IV) функционалды кластармен**
- ❖ **Алғаш пайда болған күш түсу стенокардиясы**
- ❖ **Үдемелі күш түсу стенокардиясы**
- ❖ **Тыныштық стенокардиясы**
- ❖ **Спонтанды (ерекше) стенокардия (вазоспазмдық, вариантты, Принцметал стенокардиясы)**

КҮШ ТҮСУ СТЕНОКАРДИЯСЫНЫҢ КАНАДАЛЫҚ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР БІРЛЕСТІГІ БОЙЫНША КЛАССИФИКАЦИЯСЫ 1976 Ж

- ❖ **I Класс** – күнделікті физикалық жүктеме (жаяу жүру, баспалдақпен көтерілу) стенокардияны тудырмайды. Стенокардия қарқынды, тез не ұзақ физикалық жүктемелерден кейін пайда болады.
- ❖ **II Класс** – күнделікті физикалық жүктеменің аздап шектелуі. Горизонталды қалыпта 500 метр жүргенде не қалыпты жүріспен 1 қабатқа шыққанда стенокардия дамуы.

КҮШ ТҮСУ СТЕНОКАРДИЯСЫНЫҢ КАНАДАЛЫҚ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР БІРЛЕСТІГІ БОЙЫНША КЛАССИФИКАЦИЯСЫ 1976 Ж

- ❖ **III Класс** – күнделікті физикалық жүктеменің айқын шектелуі. Горизонталды қалыпта 100-200 метр жүргенде не қалыпты жүріспен 1 қабатқа шыққанда стенокардия дамуы.
- ❖ **IV Класс** – кез келген физикалық жүктемеде стенокардия дамуы. Кейде тыныштықта дамуы.

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМ. МИОКАРД ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ БИОХИМИЯЛЫҚ МАРКЕРЛЕРІ

ЖҮРЕКТІК Т ЖӘНЕ І Тропониндері

Миокард некрозын анықтаудың «алтын стандарты»

- Ауырсыну ұстамасынан 3-4 сағаттан кейін қанда жүректің І және Т тропониндері деңгейі артады, 2 апта бойы сақталады
- ЖКС науқастарда жүректің І және Т тропониндері деңгейі 2 рет анықталуы қажет: госпитализация кезінде және 6 – 12 сағаттан кейін

КФК-МВ

Ауырсыну ұстамасынан 4-6 сағаттан кейін қанда МВ-КФК деңгейі артады, 48-72сағат бойы сақталады

МВ-КФК деңгейі қалыпты науқастардың 30%-да жүректің І және Т тропониндері деңгейі артуы байқалады

- Жүректің І және Т тропониндеріне қарағанда сезімталдығы мен арнайылығы төмен

МИОКАРД ИНФАРКТЫСЫ БАСТАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ВАРИАНТТАРЫ

- **Классикалық (ауырсынулық, ангинозды)**
- **Демікпелік**
- **Абдоминалды (гастралгиялық)**
- **Атипті ауырсынумен**
- **Аритмиялық**
- **Церебралды**
- **Симптомды (ауырсынусыз)**

Ауырсынулық

- Дене қалпына, қозталысқа, тыныс алуға байланыссыз, нитраттарға басылмайтын негізгі көрінісі ауырсыну боп табылатын типті клиникалық ағымы; батып, күйдіріп, тұншықтыратын, керіп тұрғандай сипаттағы төсастында, кеуде алдында иыққа, қолға, арқаға, берілетін эпигасталды аймаққа тарайтын ауырсыну; гипергидроз, айқын жалпы әлсіздік, тері бозаруы, қозу және мазасыз қозғалыс қатар көрінеді

Абдоминалды

- Эпигастралды ауырсынудың диспепсиямен көрінуі – жүрек айнуы, жеңілдік әкелмейтін құсу, ықылық тию, кекіру, ішке жел қатуы; кейде ауырсыну арқаға берілуі, құрсақ бұлшықеттері қатаюы және эпигастрийді пальпацияда ауырсыну анықталады

Атипті ауырсынулық түрі

- Ауырсыну атипті орналасады (мысалы, иррадиация аймағында - тамақта, астыңғы жақта, иықта, қолда және т.б.) немесе сипаты басқаша болуы

Демікпелік

- Демікпелік түрі әртүрлі айқындылықтағы ауырсынумен емізікше тәрізді бұлшықеттердің инфаркты кезінде көрінеді. Бұл митралдық қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі даму себебінен жүрек декомпенсациясын тууына байланысты. Бұл кезде жіті сол қарыншалық жетіспеушілікпен қатар бұрын қақпақша ақауына болмаса да МҚ жетіспеушілік белгілері қатар көрінеді: жүрек ұшында естілетін қолтықастына берілетін дөрекі систолалық шу, бірінші тон әлсіреуі, сол жүрекше және сол қарынша кеңеюі

Аритмиялық

- Аритмиялық түрі әртүрлі ырғақ бұзылысымен көрінеді - жыпылық тахиаритмиясы, жүрекшелік, қарыншалық немесе түйіндік тахикардия, жиі экстрасистолия ұстамаларымен көрінеді. Ырғақ бұзылысы жалғыз немесе басым клиникалық белгі боп табылады

Цереброваскулярлық

- Клиникалық көрінісінде бас-ми қанайналымы бұзылысы белгілері басым (жиі динамикалық): естен тану, бас айналуы, жүрек айнуы, құсу; ошақтық неврологиялық симптоматика

СИМПТОМСЫЗ

- Анықталуы қиын түрі көбінесе ЭКГ белгілері бойынша табылады

МИОКАРД ИНФАРКТЫ

даму кезеңдері

❖ *Дамушы МИ*

МИ дамуының алғашқы 6 сағаты, аман қалған миокардтың бөлігі болу және окклюзияланған коронарлық артериядағы қанайналымын жақсартуға жасалған ем шара осы аман қалған миокардты сақтап қалуға мүмкіндік береді

❖ *Жіті МИ*

МИ клиникасы көрінгеннен кейінгі 6 сағаттан 7 күнге дейін

❖ *Жазылып келе жатқан МИ (тыртықтанушы)*

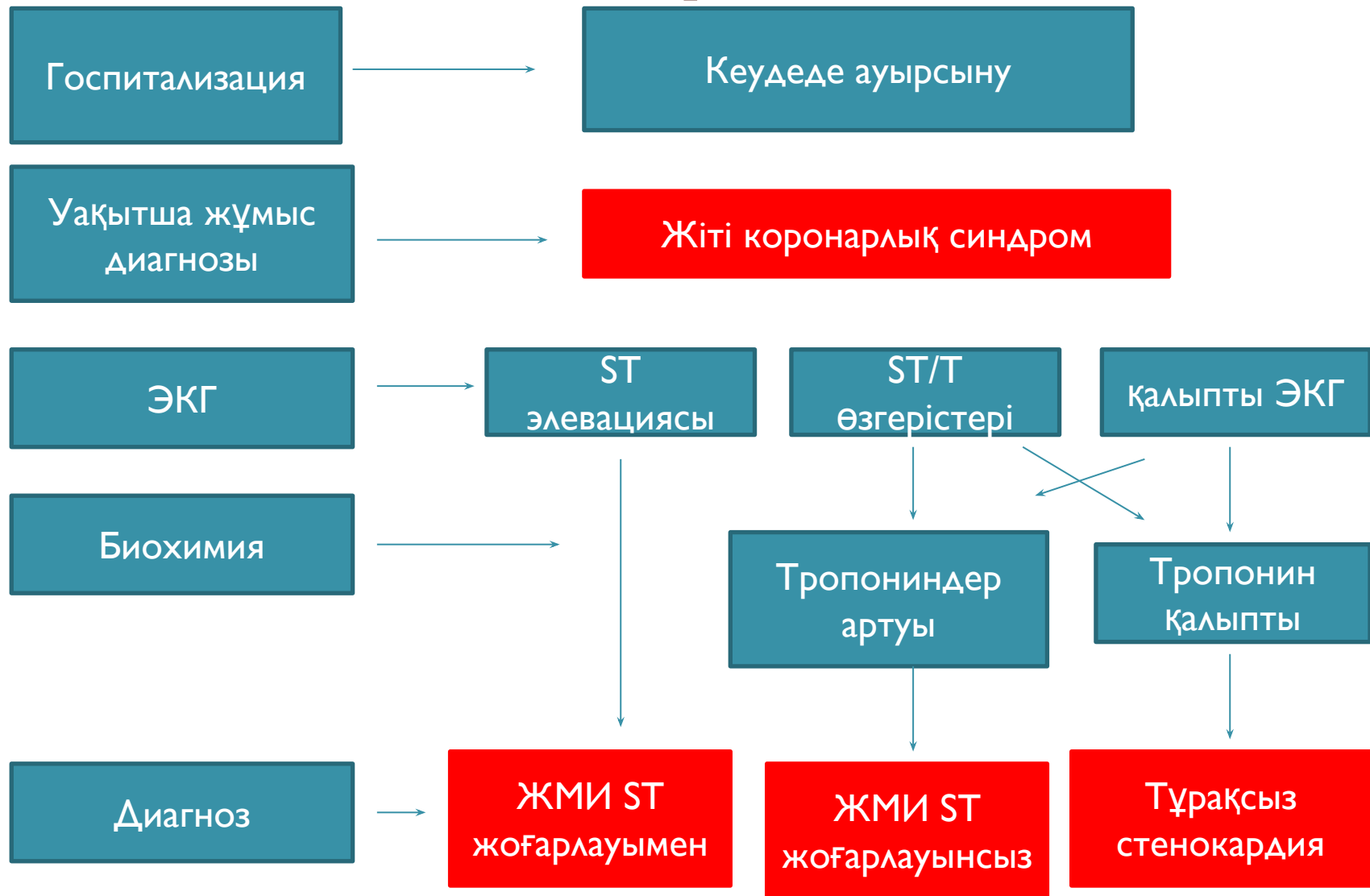
7 - 28 күн аралығы

❖ *Жазылған МИ*

(инфаркттан кейінгі кардиосклероз, ескі миокард инфаркты)

29 тәуліктен соң

ЖКС диагностика алгоритмі



Негізгі
шағымдары:
Нитроглицерин
қабылдағанға
басылмайтын,
20мин артыққа
созылатын
төсастында
қарқынды батып
ауырсыну



Қосымша
шағымдар:
Ауырсынудың қолға,
астыңғы жаққа,
мойынға иыққа
иррадиациясы,
тершеңдік, жүрек
айнуы, құсу, еңтігу,
бас айналуы

Анамнез

- Темекі шегу
- Тамақтану ерекшелігі (жануар майын қолдану)
- Ата-анасында (жақын туыстарында) ЖИА болуы, сонымен қатар АГ, ҚД
- Атеросклероздың басқа жерде орналасуы көріністері (ауыспалы ақсақтық, инсульттің қалдық өзгерістері)

Объективті мәліметтер

- Ксантелазмалар, ксантомалар
- Артық дене салмағы ($ДСИ > 27$), мықын $ә > 90\text{см}$, $е > 100\text{см}$
- Жүрек шекарасы және жүрек ұшы түрткісі солға ығысуы

Лабораторлық мәлімет

- Дислипидемия (гиперхолестеринемия, ↑ТТЛП, ↓ЖТЛП)
- Тропонин тесті оң болуы

ЭКГ, ЭхоКГ

- ЭКГ: ST сегменті ығысуы, Т тісше амплитудасы өзгеруі, Гис шоғыры сол аяқшасы блокадасы
- ЭхоКГ: СҚ гипертрофиясы, гипокинезия ошақтары

ЖКС-мен науқастарды емдеу принциптері

- **Медикаментозды терапия**
- **Теріарқылы коронарлық шаралар (баллондық ангиопластика, коронарлық артерияларды стенттеу)**
- **Аорта –коронарлық шунттау**

ЖКС-мен науқастарды ауруханаға дейінгі кезеңде емдеу

- Ауырсынуды басу
- Наркотикалық аналгетиктер (морфин, промедол, фентанил)
 - ✓ Наркотикалық емес аналгетиктер
- Аспирин (салмақтық доза 300 мг, шайнау)
- Клопидогрель (салмақтық доза 300 мг ішке)
- Қарқынды терапия бөліміне жатқызу

ST сегменті жоғарлауымен ЖКС-мен науқастарды емдеу

Негізгі міндет:

Окклюзияланған коронарлық артерияда қанайналымын қалпына келтіру

Коронарлық артериялардың біріншілік ангиопластикасы және стенттеу Тромболиздік терапия (стрептокиназа, альтоплаза) тек алғашқы ІІ сағатта

**ST сегменті жоғарлауынсыз
ЖКС-мен науқастарды емдеу**

**ТРОМБОЛИЗДІК
ТЕРАПИЯ
КӨРСЕТІЛМЕГЕН!!!**

ЖКС –мен науқастардың медикаментозды терапиясы

АНТИТРОМБОЦИТАРЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР

- 1. Ацетилсалицил қышқылы (Аспирин)
- 2. Тиенопирдин туындылары
 - а. Клопидогрель (Плавикс)
 - б. Прасугрель (Эффиент)
 - с. Тикагрелор (Брианта)
 - д. Тромбоциттер IIb/IIIa рецепторлары блокаторлары

АНТИТРОМБИНДІ ПРЕПАРАТТАР

- 1. Фракцияланбаған гепарин
- 2. Кішімолекулалық гепариндер
 - а. Эноксапарин (Клексан)
- 3. Ха фактордың антагонистері
 - а. Фондапаринукс (Арикстра)

- НИТРАТТАР
- БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЛАРЫ
- КАЛЬЦИЙ КАНАЛДАРЫ БЛОКАТОРЛАР
- СТАТИНДЕР