# Жедел миокард инфарктісі (субэндокардиальды және трансмуральды)

**Хаттама коды:** E-013

**Кезеңнің мақсаты:** Барлық өмірлік маңызды жүйелер мен органдардың қызметін қалпына келтіру, гемодинамиканы тұрақтандыру

# МКБ-10 коды (кодтары):

I21 Жедел миокард инфарктісі

*Енгізілген: жедел басталғаннан кейін жедел немесе белгіленген ұзақтығы 4 апта (28 күн) немесе одан аз миокард инфарктісі*

*Алынып тасталды:*

инфаркт миокарда:

- өткенге ауыстырылды (I25. 2)

- кейінгі (I22.-)

- созылмалы немесе басынан бастап 4 аптадан (28 күннен астам) ұзартылған (i25. 8)

жедел миокард инфарктісінен кейінгі кейбір асқынулар (I23.-)

инфаркттан кейінгі миокард синдромы (24.1)

*I21.0 Миокардтың алдыңғы қабырғасының жедел трансмуральды инфарктісі*

*I21.1 Төменгі миокард қабырғасының жедел трансмуральды инфарктісі*

*I21.2 Басқа нақтыланған локализациялардың жедел трансмуральды миокард инфарктісі*

*І21.3 Анықталмаған локализацияның жедел трансмуральды миокард инфарктісі*

*І21.4 Жедел субэндокард миокард инфарктісі*

*I21.9 Жедел миокард инфарктісі анықталмаған*

**Анықтама: Инфаркт миокарда** (ИМ) — бұл Коронарлық қан айналымының жедел жеткіліксіздігі нәтижесінде пайда болатын жүрек бұлшықетінің ишемиялық некрозы.

ИМ біздің елде де, шетелде де өлім-жітім мен мүгедектіктің ең көп таралған себептерінің бірі.

Соңғы жылдары ИМ, әсіресе жас және орта жастағы адамдар арасында аурушаңдықтың өсуі байқалды. ИМ ауруханада өлім-жітімнің кең көлемде төмендеуіне қарамастан, осы аурудан болатын жалпы өлім-жітім әлі де жоғары болып отыр, бұл жағдайлардың жалпы санының 30-50% - на жетеді. Сонымен қатар, өлім-жітімнің көп бөлігі ауруханаға дейінгі кезеңде болады.

# Жіктеу:

Қазіргі Классификация ИМ бөлуді қарастырады:

\* жүрек бұлшықетінің зақымдану мөлшері мен тереңдігі бойынша;

\* ауру ағымының сипаты бойынша;

\* ИМ локализация бойынша;

\* ауру сатысы бойынша;

\* ИМ асқынулардың болуы бойынша.

**Жүрек бұлшықетінің зақымдануының мөлшері мен тереңдігі бойынша** ИМ трансмуральды және трансмуральды емес деп ажыратады.

**Трансмуральды** ИМ (Q толқыны бар миокард инфарктісі) кезінде некроз фокусы жүрек бұлшықетінің бүкіл қалыңдығын субэндокардиядан миокардтың субэпикардиальды қабаттарына дейін немесе оның көп бөлігін алады, бұл патологиялық Q толқынының немесе QS кешенінің түзілуі түрінде беткі ЭКГ-да көрінеді.бірнеше электрокардиографиялық сымдарда. Демек, трансмуральды ИМ синонимі - "Q толқыны бар миокард инфарктісі". Әдетте, жүрек бұлшықетінің мұндай зақымдануы өте кең және некроз фокусы сол жақ қарыншаның 2 немесе одан да көп сегменттеріне таралады(үлкен ИМ).

**Трансмуральды емес** ИМ (Q толқыны жоқ миокард инфарктісі) кезінде некроз ошағы тек сол жақ қарыншаның субэндокардиальды немесе интрамуральды бөліктерін (СҚ) алады және QRS кешеніндегі патологиялық өзгерістермен бірге жүрмейді ("Q толқыны жоқ миокард инфарктісі"). Ұзақ уақыт бойы отандық әдебиеттерде оларға Q толқынынсыз сілтеме жасау үшін "кішкентай ИМ" термині қолданылды. Шынында да, көп жағдайда ИМ Q толқынынсыз трансмуральды инфарктқа қарағанда едәуір аз, дегенмен ИМ бірнеше СҚ сегменттеріне таралатын, бірақ миокардтың субэндокардиальды қабаттарына ғана әсер ететін кең субэндокардиальды жағдайлар жиі кездеседі.

**Аурудың ағымының табиғаты бойынша** ИМ бастапқы, қайталанатын және қайталанатын деп ажыратады.

**Біріншілік** ИМ бұрын болған анамнестикалық және аспаптық белгілер болмаған кезде диагноз қойылады.

**Бұрын бастан өткергені** туралы құжатталған мәліметтері бар науқаста некроздың жаңа ошағының сенімді белгілері пайда болған жағдайларда ИМ қайта диагноз қойылады.

**Некроздың** жаңа ошақтарының пайда болуының Клиникалық-зертханалық және аспаптық белгілері ИМ дамығаннан кейін 72 сағаттан (3 тәулік) 28 күнге дейін, яғни оның тыртықтануының негізгі процестері аяқталғанға дейін пайда болады.

**Оқшаулау бойынша ИМ** бөлінеді:

\* антеросептальды (антеросептальды);

\* алдыңғы апикальды;

\* алдыңғы жағы;

\* антеробазальды (жоғары алдыңғы);

\* жалпы алдыңғы (септальды, апикальды және бүйірлік);

\* артқы диафрагмалық (төменгі);

\* артқы жағы;

\* артқы базальды;

\* жалпы артқы;

\* Оларға оң қарынша**.**

**Аурудың сатысы бойынша олар мыналарды** ажыратады:

\* ең өткір кезең - ИМ бастап 2 сағатқа дейін;

\* өткір кезең - ИМ бастап 10 күнге дейін;

\* субакуталық кезең - 10 күннен бастап 4-8 аптаның соңына дейін;

\* инфаркттан кейінгі кезең - әдетте 4-8 аптадан кейін.

Кейде продромальды кезең деп аталады, ол белгілі бір дәрежеде ИМ дамуымен қиындаған тұрақсыз стенокардия ұғымына сәйкес келеді.

Ең жиі кездесетін ИМ асқынулардың қатарына мыналар жатады:

\* жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік (өкпе ісінуі);

\* кардиогенді шок;

\* қарыншалық және суправентрикулярлық нарушенияақ бұзылыстары;

\* өткізгіштіктің бұзылуы (СА-блокадалар, АВ-блокадалар, ГАЖ шоғырының аяқтарының блокадалары);

\* жедел СҚ аневризмасы;

\* миокардтың сыртқы және ішкі жыртылуы, жүрек тампонадасы;

\* асептикалық перикардит (эпистенокардит);

\* тромбоэмболия.

# Диагностикалық критерийлер:

1. **шағымдар және анамнез** миокард инфарктісінің негізгі клиникалық белгісі-бұл аурудың 90-95% - случаев басталатын ангиналық ауырсыну.

Ангинадан басқа, миокард инфарктісінде пайда болу себептері, табиғаты, ұзақтығы, болжамдық мәні және жедел көмек көрсету әдістері бойынша ерекшеленетін ауырсынудың басқа түрлері бар.

Миокард инфарктісіндегі ангиналық ауырсынудың сипаты стенокардияға ұқсас, бірақ ол күштірек көрінеді, жоғары қарқындылықта ауырсыну "қанжар", жырту, жырту, жану, күйдіру, "кеудедегі баған"ретінде қабылданады.

Ауырсыну толқынмен дамиды, мезгіл-мезгіл азаяды, бірақ толығымен тоқтамайды.

Ангиналық ауырсынудың локализациясы-әдетте кеуде қуысының тереңдігінде төс сүйегінің артында, сирек-кеуде қуысының сол жақ жартысында немесе эпигастрий аймағында.

Стрептококкты ауырсыну сол жақ иық пышағына, иыққа, білекке, қолға таралады.

Миокард инфарктісінің ангиналық ауырсынуының басталуы кенеттен, көбінесе таңертең, ұзақтығы — бірнеше сағат.

Нитроглицеринді сублингвальды қайта қабылдау миокард инфарктісіндегі ангиналық ауырсынуды тоқтатпайды.

Миокард инфарктісіндегі ангиналық ауырсыну синдромының ерекшеліктері аурудың орналасуы мен ағымына, оның даму деңгейіне және науқастың жасына байланысты. Жас пациенттердің 90% - ярко стенокардия айқын көрінеді. Егде жастағы және кәрілік жастағы науқастарда типтік кеуде қуысының ауыруы жағдайлардың тек 65% - встречается кездеседі, ал 23% - ми миокард инфарктісінің өткір кезеңінде ол мүлдем байқалмайды, ал ауыртпалықсыз ауру ауыр. Көп жағдайда ол толығымен нитроглицеринмен, кейде есірткі анальгетиктерін қайталап инъекциялаумен тоқтатылмайды.

Миокард инфарктісіндегі ауырсыну салыстырмалы түрде жеңілден өте күшті, төзгісізге дейін өзгереді. Науқастар көбінесе қысу, басу, сирек — жану, кесу немесе шаншу сезімдеріне шағымданады. Стернумның артындағы қысу немесе қысым сезімі ең тән. Кейде ауырсыну бүкіл кеуде қуысын қамтиды. Эпигастрий аймағындағы ауырсынудың локализациясы төменгі (артқы) миокард инфарктісіне тән. Атипті ауырсыну нұсқасында тек сәулелену аймағында ауырсыну болуы мүмкін-мысалы, сол қолда. Ауырсыну шабуылының күші мен ұзақтығы әрдайым инфаркт мөлшеріне сәйкес келмесе де, жалпы алғанда, кең таралған зақымданулармен ауырсыну синдромы ұзаққа созылады және қарқынды болады.

Миокард инфарктісіндегі ауырсынудың тән ерекшелігі-оның айқын эмоционалды түсі. Ол қорқыныш, толқу, мазасыздық сезімімен бірге жүруі мүмкін. Сонымен қатар, ауырсыну синдромы майлануы, білдірілмеуі және әдеттегі стенокардия шабуылымен жасырылуы мүмкін екенін атап өткен жөн. Кейбір жағдайларда шабуыл өздігінен өтуі мүмкін.

Миокард инфарктісінің басталуының басқа белгілі нұсқалары — **астматикалық, абдоминальды, аритмиялық, цереброваскулярлық немесе асимптоматикалық** – таза түрінде айтарлықтай сирек кездеседі.

**Астматикалық нұсқа** көбінесе миокард инфарктісі бар науқастарда байқалады, онда жүрек бұлшықетінің жалпы зақымдануы салдарынан жедел сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік клиникасы тез дамиды. Кейбір жағдайларда папиллярлық бұлшықеттер процеске қатысады, бұл митральды қақпақшаның салыстырмалы жеткіліксіздігіне байланысты митральды регургитацияның пайда болуына әкеледі.

**Абдоминальды нұсқасы** эпигастрий аймағындағы ауырсыну синдромының локализациясымен және диспепсиялық бұзылулармен сипатталады. Көбінесе ол төменгі миокард инфарктісімен дамиды. Аурудың бұл нұсқасын жедел панкреатитпен, перфорациялық жарамен, мезентериялық тамырлардың тромбозымен ажырату керек.

**Аритмиялық нұсқа** клиникалық көріністе айқын ритақ пен өткізгіштік бұзылыстары — суправентрикулярлық немесе қарыншалық тахикардия пароксизмдері, толық атриовентрикулярлық блокада басым болған жағдайларда байқалады. Аритмия көбінесе қан қысымының төмендеуімен бірге жүреді.

**Цереброваскулярлық нұсқа** көбінесе ми қан айналымы айтарлықтай бұзылған егде жастағы науқастарда кездеседі. Ол естен тану, бас айналу, жүрек айну, құсу, кейде цереброваскулярлық өтпелі бұзылыстың белгілері ретінде көрінуі мүмкін. Ақырында, науқастардың бір бөлігінде миокард инфарктісі минималды шағымдармен жүреді немесе олар мүлдем жоқ.

Мыналарды атап өту керек:

1. Науқастардың 90-95% - выраж айқын ауырсыну синдромы немесе айқын ентігу байқалады, бұл миокард инфарктісінің басталуына күдіктенуге мүмкіндік береді.
2. Эпигастрий аймағында айқын ауыруы бар, перитонеумның тітіркену белгілерімен, аритмия салдарынан айқын гемодинамикалық бұзылулармен, сондай-ақ түсініксіз генездің ми эпизодтары бар науқастарды ауруханаға жатқызу және байқау керек. Динамикалық бақылау және ЭКГ тіркеу мұндай жағдайлардың көпшілігінде дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді.
3. Миокард инфарктісінің басталу уақытын білу өте маңызды, бұл көбінесе қарқынды ауырсыну синдромының пайда болуымен байланысты. Емдеу тактикасын таңдау осыған байланысты,

# Жедел миокард инфарктісінің тән белгілері:

* + ангиналық ауырсыну синдромы
	+ тыныс алудың қысқаруы
	+ терінің түсінің өзгеруі ( бозару, мәрмәр, цианоз);
	+ суық жабысқақ тер;
	+ науқастың қозуы немесе қысымы;
	+ қозғалыс мазасыздығы;
	+ өлімнен қорқу;
	+ полиурия;

# физикалық тексеру:

* + терінің бозаруы;
	+ суық тер;
	+ жүрек тондары саңырау;
	+ қан қысымы (қан қысымы) аздап төмендейді, негізінен систолалық, кейде қан қысымы аздап көтерілуі мүмкін немесе гипертониялық дағдарыс жағдайында пайда болуы мүмкін;
	+ тыныс алудың бұзылуы (ентігу, ауа жетіспеушілігі);
1. **зертханалық зерттеулер** (миокард некрозының маркерлерін жедел диагностикалау әдістері):

Тропонин Т және гликоген-фосфорилаза ВВ-ны жедел сынақтар арқылы анықтау.

Кардиомиоциттер некрозының ең сезімтал және спецификалық маркері-бұл жиырылғыш миокардтың тропомиозин кешенінің құрамына кіретін тропониндер I және т концентрациясының жоғарылауы. Әдетте қандағы кардиоспецификалық тропониндер анықталмайды немесе олардың концентрациясы әрбір клиникалық зертхана үшін бөлек белгіленетін ең төменгі мәндерден аспайды. Кардиомиоциттердің некрозы I және т тропониндерінің концентрациясының салыстырмалы түрде тез және едәуір жоғарылауымен бірге жүреді, олардың деңгейі ангиналық шабуылдан кейін 2-6 сағаттан кейін норманың жоғарғы шегінен асып кете бастайды және инфаркт басталғаннан бастап 1-2 апта бойы жоғары болып қалады.

Гликоген-фосфорилаза ВВ ферменті миокард ишемиясы пайда болған кезде қан айналым жүйесіне енеді, ол ұзақ уақыт бойы инфарктқа әкеледі. Қандағы осы ферментті анықтау коронарлық синдромның пайда болуы туралы ақпарат береді (тұрақсыз стенокардияны қоса). Гликоген-фосфорилаза ВВ ферменті кардиға тән және оны бірінші сағат ішінде анықтауға болады, бұл миокард некрозының басқа маркерлеріне қарағанда артықшылық болып табылады, оларды ауырсыну пайда болғаннан кейін 2 сағаттан кейін анықтауға болады.

# аспаптық зерттеулер:

**Электрокардиограмма** жүрек бұлшықетіндегі некроз ошақтарын, оның тереңдігі мен орналасуын, инфаркт аймағының күйін, процестің динамикасын анықтауға мүмкіндік береді. Белсенді электроды некроз аймағынан жоғары орналасқан сымдардың ЭКГ-да патологиялық Q толқыны пайда болады және R толқынының биіктігі оның толық жоғалуына дейін төмендейді. Q толқынының өзгеруі аурудың уақытша динамикасын көрсететін ЭКГ-ға тән динамикамен үйлеседі. Электрокардиографиялық белгілерді келесідей ұйымдастыруға болады:

* Патологиялық Q толқынының болуы.
* Некроз аймағы жақындаған сайын R толқынының амплитудасының төмендеуі.
* QRS кешені мен Т толқынының келіспеушілігі.
* ST сегменті мен Т толқынының сәйкес келмеуі.
* ГИС шоғырының сол аяғының блокадасының пайда болуы.

СУБЭНДОКАРДИАЛЬДЫ жағдайда ол ЭКГ-да Q толқыны жоқ, ST сегментінің төмендеуі байқалады 2 мм. және одан да көп изоэлектрлік сызықтан төмен тиісті сымдарда, т толқынының инверсиясы.

# дифференциалды диагноз:

Көбінесе миокард инфарктісін стенокардия, ПЭ, іш қуысы мүшелерінің өткір ауруларынан, қолқа аневризмасын стратификациялаудан ажырату керек.

***Стенокардияның ұзаққа созылған ұстамасы*** кезінде әдеттегі ангиналық ауырсыну ұзақтығының артуының себептері тек жедел коронарлық синдром немесе миокард инфарктісі ғана емес, сонымен қатар қан қысымының жоғарылауы немесе жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы болуы мүмкін екенін ескеру қажет. Нитроглицеринді қабылдауға реакцияның нашарлауы препарат белсенділігінің төмендеуімен байланысты болуы мүмкін. Әдетте стенокардия ағымының тұрақсыздығын немесе дамып келе жатқан миокард инфарктісін көрсететін ауырсынудың локализациясының немесе сәулеленуінің өзгеру жағдайлары алаңдатуы керек.

***ТЭЛА*** жетекші симптом әрдайым ентігу болып қалады (дененің жағдайына байланысты емес жарқын аускультативті симптомсыз).

Тромбоэмболиялық асқынулардың, артериялық гипотензияның, тахикардияның қауіп факторларының болуы тән. Кенеттен ентігу және артериялық гипотензия пайда болған кезде, ең алдымен, ТЭЛА туралы ойлану керек!

***Іштің жедел аурулары*** кезінде (ең алдымен жедел пан - креатит) Ауырсыну көбінесе нитроглицеринді қабылдағаннан кейін азаяды, ал ЭКГ-да Жедел коронарлық жеткіліксіздікке немесе төменгі миокард инфарктісіне ұқсас өзгерістер пайда болуы мүмкін.

Дифференциалды диагностикада АЖЖ-мен ауырлатылған анамнез, цианоз, ентігу, саңырау I тон, іштің пальпациясы кезінде ауырсыну, перитонийдің тітіркену белгілері болуы керек.

***Қолқаның диссекциялық аневризмасында*** клиникалық көріністер зақымдану деңгейіне байланысты.

Миокард инфарктісі мен кеуде қолқасының зақымдануын ажырату әсіресе қиын. Екінші жағдайда, кеуде қуысының ауыруы әдетте күшті, төзімсіз. Ол кенеттен басталады, бірден максималды қарқындылықпен, омыртқа бойымен сәулеленіп, толқын тәрізді ағымға ие. Айқын артериялық гипертензия (кеш сатысында — гипотензия), тамыр шоғырының кеңеюі, аорта үстіндегі систолалық шу, кейде — гемоперикардтың белгілері, импульстің асимметриясы объективті түрде байқалады. Дифференциалды диагностикада ауырсынудың қарқындылығы мен ұзақтығының ЭКГ-дағы аз өзгерістерге күрт сәйкес келмеуі ескерілуі керек. Барлық күрделі диагностикалық жағдайларда тропонин-Т немесе гликоген-фосфорилаза ВВ бар жедел тест маңызды көмек болып табылады.

# Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралар тізбесі: негізгі диагностикалық іс-шаралар тізбесі:

1. Жүрек соғу жиілігін бақылау
2. Пульсоксиметрия

# Қосымша диагностикалық іс-шаралар тізімі:

1. Тропонин Т және гликоген-фосфорилаза в-ны жедел сынақтар арқылы анықтау

# Медициналық көмек көрсету тактикасы:

1. **емдеу мақсаттары:** дененің өмірлік маңызды функцияларын тұрақтандыру (тұрақты гемодинамиканы сақтау, жүрек ритағын түзету).

# дәрілік емес емдеу:

* 1. Физикалық және эмоционалды тыныштық.

Миокард инфарктісімен ауыратын науқасты тасымалдау әдістері мен тәсілдері: зембілде жатқан күйінде немесе жіті сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік құбылыстары кезінде басы көтерілген күйде.

# дәрі-дәрмекпен емдеу:

* 1. Нитроглицерин, таблеткалар немесе аэрозоль 0,4-0,5 мг сублингвальды, тиімділіктің жеткіліксіздігімен қайталаңыз; изокет-1-2 дозадан аэрозоль, тиімділіктің жеткіліксіздігімен қайталаңыз.
	2. Ацетилсалицил қышқылы 325 мг шайнау
	3. Оксигенотерапия.
	4. Ауырсынуды басу үшін (ауырсынудың ауырлығына, жалпы жағдайына, жасына байланысты) - морфин 10 мг - ға дейін, ауырсыну синдромы басылғанға дейін немесе артық дозалану белгілері пайда болғанға дейін 2-4 мг-нан 10 мг-ға дейін (тыныс алу жиілігінің 1 минут ішінде 10-12-ге дейін төмендеуі, оқушылардың тарылуы, қан қысымының төмендеуі). Фентанил тез дамып келе жатқан, күшті, бірақ қысқа мерзімді анальгетикалық белсенділікке ие, парасимпатикалық тонусты жоғарылатады, жүректің жиырылу қабілетін біршама төмендетеді, тыныс алуды тежейді, бронхоспазм мен брадикардияны тудыруы мүмкін. Прометазин салыстырмалы түрде әлсіз анальгетикалық әсер береді, тыныс алуды орташа тежейді. Препарат екі кезеңде көктамыр ішіне 50 мг дозада баяу енгізіледі.

Нейролептанальгезияны жүргізу үшін есірткі анальгетигі нейролептикпен (көбінесе дроперидол) бірге қолданылады.

Дроперидол-сананы сақтай отырып, әртүрлі тітіркендіргіштерге эмоционалды сезімталдығы бар нейролепсия жағдайын тудыратын препарат. Препараттың әсер ету механизмі α-адренергиялық рецепторлардың блокадасына байланысты, ОЖЖ-де афферентті импульс ағынын тоқтатады және перифериялық вазодилатация мен қан қысымының төмендеуіне әкеледі.Сонымен қатар, дроперидол av өткізуді баяулатады және құсуға қарсы әсер етеді. Қан қысымына әсер етуіне байланысты дроперидолдың дозасы оның бастапқы мәніне байланысты таңдалады: систолалық қысым кезінде 100-110 мм сын.бағ. ст. - 2,5 мг препарат, 120-160 мм сын. бағ. ст. — 5 мг, 160-180 мм сын.бағ. жоғары. - 10 мг дейін.

Егер есірткі анальгетиктерін қолдану мүмкін болмаса немесе олар болмаған жағдайда 50-100 мг трамадолды көктамыр ішіне енгізу керек (баяу енгізіңіз!).

* 1. Коронарлық қан айналымын жақсарту үшін изосорбид динитратының инфузиясы 10 мг көктамыр ішіне тамшылатып баяу қан қысымының бақылауымен
	2. Қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда атенолол ішке 50-100 мг құрайды.
	3. Коронарлық қан ағымын қалпына келтіру үшін:

♦ стрептокиназа 1 500 000 бірлік 30 мг преднизолонды реактивті енгізгеннен кейін 30 минут ішінде көктамыр ішіне тамшылатып;

♦ актилиз, альтеплаза, тіндік плазминоген активаторы: үш кезеңде 90 минут ішінде енгізіледі-15 мг. көктамыр ішіне болюсті, 50 мг. көктамыр ішіне 35 минут және 35 мг. көктамыр ішіне 60 минут тамшылатып, бір мезгілде 5000 бірлік дозада гепаринді көктамыр ішіне болюсті және аспиринді 160 – 300 мг дозада тағайындау қажет. шайнау.

# Тромболитикалық терапияға көрсеткіштер:

1. ЭКГ-да st-t сегментінің көтерілуі немесе симптомдар пайда болғаннан кейінгі алғашқы 12 сағатта түскен науқастарда ГАЖ шоғырының аяғы блокадасының болуы. St-t сегментінің көтерілуі кем дегенде 0,1 мВ болуы керек және бұл өзгерістердің кем дегенде екі іргелес ЭКГ қорғасынында болуы қажет. ГИС шоғырының аяқтарының блокадасы деп ЭКГ-ны түсіндіруді қиындататын ГИС шоғырының жаңадан пайда болған толық блокадасын айтады;
2. 75 жасқа дейінгі науқастар;
3. Гипотензия, тахикардия;
4. Алдыңғы миокард инфарктісі;
5. Қайталанатын миокард инфарктісі;
6. Қант диабеті.

# Тромболитикалық терапияға қарсы көрсеткіштер абсолютті:

1. Геморрагиялық инсульттің кез келген ескіру тарихы бар;
2. Соңғы 6 айда ишемиялық инсульт.;
3. Мидың жарақаты немесе ісігі;
4. Ауыр жарақат, алдыңғы 3 айда хирургиялық араласу.;
5. Алдыңғы айда асқазан-ішектен қан кету;
6. Қан Кетуге бейімділік;
7. Қолқаның қабыршақтайтын аневризмасы.

# Тромболитикалық терапияға қарсы көрсеткіштер салыстырмалы:

1. Алдыңғы 6 айда цереброваскулярлық өтпелі бұзылулар.;
2. Жанама антикоагулянттармен емдеу;
3. Жүктілік немесе босанғаннан кейінгі 1 апта;
4. Қысуға жауап бермейтін ыдыстардың пункциясы;
5. Травматикалық реанимация;
6. Отқа төзімді гипертензия (180 және 110 мм.сын. бағ.ст.)
7. Инфекциялық эндокардит;
8. Белсенді асқазан жарасы.

# Тромболитикалық терапия көрсетілмеген:

1. ST-t сегментін көтермей жедел миокард инфарктісі;
2. Асқынусыз оқшауланған артқы миокард инфарктісі.
3. **ауруханаға жатқызу көрсеткіштері:** ЖМ бар барлық науқастарды реанимациялық немесе кардиологиялық бөлімшеге жатқызу.
4. **алдын алу шаралары**: қан қысымын, жүрек соғу жиілігін, жүрек ритағын бақылау және туындаған бұзылуларды түзету.

# әрі қарай жүргізу

**Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі**

# 1. \* Нитроглицерин: 0,0005 г таблетка; 10 ампуладағы инъекцияға арналған 0,1% ерітінді

# мл, аэрозоль.

# 2. Изокет (изосорбид динитраты) таблетка 5 мг, 10 мг, 20 мг, 40 мг, 60 мг; инъекцияға арналған ерітінді 0,1% 10 мл; аэрозоль

# 3. \* Ацетилсалицил қышқылы таблетка: 100-500 мг

# 4. \* 1 мл ампуладағы 1% инъекцияға арналған Морфин ерітіндісі

# 5. \* Фентанил инъекциялық ерітінді 0,005% 2,0.

# 6. \* Прометазин ампуладағы инъекцияға арналған ерітінді 50 мг/2 мл

# 7. \* Дроперидол 2,5% инъекциялық ерітінді 10,0

# 8. \* Трамадол 1 мл-де 50 мг.

# 9. \* 1 мл-де 25 мг Преднизолон

# 10. \*Декстроза 5% ерітінді 200,0, 400,0, fl

#

# 11. \* Оттегі: ингаляцияға арналған (медициналық газ)

# 12. \* Атенолол таблеткалары 50 мг, 100 мг

# 13. \* Гепарин 5000 ХБ, ЖТ

# 14. \* Стрептокиназа: инъекциялық ерітінді дайындауға арналған ұнтақ 1500 000

# Бөтелкедегі МЕ

# 15. Актилиз 50 мг лиофилизацияланған еріткіш инъекция ұнтағы

# Медициналық көмек көрсету тиімділігінің индикаторлары:

Ауырсыну синдромын жеңілдету

Тыныс алуды тоқтату

Қан қысымы мен жүрекмаағын тұрақтандыру