

ԽՐՈՆԻԿ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Խրոնիկ սրտային անբավարարությունը պաթոլոգիկ վիճակ է, որը բնորոշվում է սրտամկանի դիսֆունկցիայով, որի հետևանքով սրտամկանը անկարող է ապահովել օրգանիզմին անհրաժեշտ, պահանջվող ադեկվատ արյունամատակարարումը սրտի կծկողական դիսֆունկցիայի հետևանքով:

Խրոնիկ սրտային անբավարարությունը սրտաբանության հիմնական խնդիրներից է, որը վերջին տարիներին դարձել է ակտուալ, շնորհիվ հիվանդության պաթոգենեզի նկատմամբ նոր հայացքների և բարձր էֆեկտիվության դեղամիջոցների հայտնաբերման: Վերոհիշյալ գործոնները նպաստում են պրոգնոզի լավացմանը: Խրոնիկ սրտային անբավարարությունով հիվանդ են երկրագնդի ազգաբնակչության գրեթե 1%-ը: Այս հիվանդության խնդրի էկոնոմիական կողմը հանդիսանում է նրա կարևորագույն յուրահատուկ բարոնետորը: Ջարգացած երկրներում խրոնիկ սրտային անբավարարության հետ կապված ծախսերը գերազանցում են սրտամկանի ինֆակտով, օնկոլոգիական հիվանդություններով հիվանդների բուժման ծախսերին միասին վերցրած կազմում է առողջապահության բյուջեի 2-3%, ընդ որում մեծ տոկոսը՝ 70-80%-ը ծախսվում է ստացիոնար բուժման ժամանակ:

Հարկավոր է նշել, որ 80-85% դեպքերում խրոնիկ սրտային անբավարարությունը զարգանում է սրտամկանի կծկողական ֆունկցիայի պահպանման ֆոնի վրա (Ֆ. Տ. Ազեև և ուրիշները 2004 թ):

Մինչև այժմ գոյություն չունի սրտային անբավարարությունը բնորոշող միասնական կարծիք:

Խրտային անբավարարության խոշոր մասնագետը M. Packer (1998թ) այն բնութագրել է հետևյալ կերպ.

- Կանգարին սրտային անբավարարությունը դա կլինիկական սինդրոմների կոմպլեքս է, որին բնորոշ է ձ. փ. ֆունկցիայի ախտաբանական փոփոխությանը և նեյրոհումորալ կարգավորման խանգարմանն ուղեկցող ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ ցածր տոլեռանտականությունը օրգաններում ու հյուսվածքներում հեղուկի պահումը և կյանքի տևողության նկատելի կրճատումը:

2001թ. եվրոպացիները բնորոշում են այսպես - դա սինդրոմ է, որի ժամանակ սիրտ - անոթային ս-ի այս կամ այն հիվանդության

հետևանքով իջնում է սրտի պոմպի ֆունկցիան, որը բերում է օրգանիզմի հեմոդինամիկ պահանջի և սրտի հնարավորությունների դիսբալանս: Չետևաբար խրոնիկ սրտային անբավարարությունը իրենից ներկայացնում է սիմպտոմոկոմպլեքս՝

հենց, հոգնածության, ֆիզիկական ակտիվության իջեցում, այտուցներ և այլն, որոնք կապված են օրգանների, հյուսվածքների ոչ ադեկվատ պերֆուզիայի հանգիստ վիճակում կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ:

Խրոնիկ սրտային անբավարարության զարգացման ֆրենինգեմյան օվխավոր էթիոլոգիական ֆակտորները (մեծ չափանիշներ)

- նոպայածև (պարօքսիզմալ) գիշերային հևց
- պարանոցային երակների փքվածության
- խզզոցներ
- ռադիոգրաֆիկ՝ կարդիոմեգալիա
- սուր թոքային այտուց
- III տոն՝ Գալուպի ռիթմ
- կենտրոնական երակային ճնշման բարձրացում 16 սմ ջրի սյուն
- արյան շրջանառության տևողությունը $\approx 25''$
- լյարդ- երակային հերիոսք
- թոքային այտուց ընդերային կանգ կամ հերձման ժամանակ կարդիոմեգալիա
- ի պատասխան սրտային անբավարարության բուժման 5-րդ օրը քաշը պակասում է ≈ 4.5 կգ-ով

ֆրենգեմյան փոքր չափանիշները

- երկկողմանի այտուց կոճերի շրջանում
- գիշերային հազ
- հևց սովորական լարվածության ժամանակ
- հեպատոմեգալիա
- հեղուկի կուտակում պլևրալ խոռոչներում
- կենսական տարողության նվազում. գրանցված առավելագույն արժեքի $\frac{2}{3}$ -ի չափով
- տախիկարդիա, մոտավորապես 120 գ. 1՝ –ում

Ըստ գրականության տվյալների Մ. Ա. Գուրևիչը խրոնիկ սրտային անբավարարություն առաջացնող պատճառները խմբավորվում է հետևյալ կերպ.

- Մ. ի. հ. խրտամկանի իշեմիա (նեկրոզ), որը բերում է ձախ փորոքի անցողիկ կամ մշտական դիսֆունկցիայի (լարման ոչ կայուն ստենոկարդիա, սուր ինֆարկտ) «քնած միոկարդ»:
- Մ. ի. հ. – խրոնիկ ձևերը, հետինֆարկտային դիֆուզ կարդիոսկլերոզ սրտամկանի անցողիկ իշեմիա, սինդրոմ X
- հիպերտոնիկ հիվանդություն (առավելապես ձ. փ. –ի կոնցենտրիկ հիպերտրոֆիա
- միոկարդիտ
- դիլատացիոն Կ. Մ. Պ.
- հիպերտրոֆիկ Կ. Մ. Պ.
- սրտի փականային ապարատի արատներ
- սրտամկանի ինֆիլտրատիվ հիվանդությունները (ամիլոիդոզ, սարկոիդոզ, հեմոխրոմատոզ, սիստեմային սկլերոդերմիա, ուռուցքներ և այլն)
- բարձր սրտային արտամղման ժամանակ միոկարդի անբավարարությունը՝ անեմիա, հիպօքսիա, թիրեոտոքսիկազ, a. v. բլոկադաներ, շունտեր և այլն:

Խրոնիկ սրտային անբավարարությունն իրենից ներկայացնում է տարատեսակ ախտաբանական վիճակների կոմպլեքս, որի ժամանակ սիրտն աստիճանաբար կորցնում է օրգանների և հյուսվածքների ադեկվատ արյան մատակարարման ունակությունը:

Հիվանդության պատճենեզում որոշակի դեր ունի նեյրոհումորալ սիստեմի ակտիվացումը, որը միանում է հիվանդությանը վաղ շրջաններում:

Սրտային անբավարարության նեյրոհումորալ փոփոխությունը ներկայացվում է հետևյալ տեսքով՝

(R. Schant , A. Sonnenblick 1998թ.)

1. փոփոխություններ, որոնք առաջացնում են ընդհանուր պերիֆերիկ դիմադրություն

- սիմպատիկ ակտիվության բարձրացում (ադրենալին, նոր ադրենալին)

- Էնդոթելիների մակարդակի բարձրացում
- վազոպրեսինի մակարդակի բարձրացում
- ռենինի և անգիոտենզին II (A II) ակտիվության բարձրացում
- ալդոստերոնի ակտիվության բարձրացում
- ցերուզի ֆակտորի մակարդակի բարձրացում ուռուցքով
- Էնդոթելոկախյալ վազոդիլատացիայի քչացում
- պարասիմպատիկ ակտիվության պակասում
- բարոռեցեպտորների ակտիվության խանգարում
- վազոկոնստրիկտոր պրոստոգլանդինների մակարդակի բարձրացում

2. փոփոխություններ, որոնք առաջացնում են պերիֆերիկ դիմադրության իջեցում.

- դոպամինի մակարդակի բարձրացում
- անոթալայնիչների, պրոստոգլանդինների, (I_2 , E_2) ակտիվության բարձրացում
- նախասրտային և ուղեղային նատրիուրետիկ պեպտիդի մակարդակի բարձրացում
- անոթալայնիչ պեպտիդներ (բրադիկինին, կալիկրեին) մակարդակի բարձրացում

Խրոնիկ սրտային անբավարարության ժամանակ սիմպատո-ադրենալինային սիստեմի ակտիվացումը սկզբում կրում է կոմպենսատոր բնույթ:

Կոմպենսատոր մեխանիզմները, որոնք ընդգրկվում են սրտային արտամղման իջեցման ժամանակ (R. Schant, A. Sonnenblick 1998 թ.) ներկայացվում են ներքոհիշյալ աղյուսակում.

մեխանիզմ	արագ ադապտացիա	լրիվ դեգորգանիզացիա
Na և ջրի պահում	նախածանրաբեռնվածության և սրտային արտանդման մեծացում	այտուց, անասարկա և կանգ թոքերում
վազոկոնստրիկցիա	հետծանրաբեռնվածության մեծացում	սրտային արտանդման իջեցում
ադրենեկոտիկ ստիմուլացիա	կծկողականության մեծացում, սրտային արտանդման մեծացում տախիկարդիա	առիթմիա ապոպտոզ
բջիջների ֆակտորի տրանսկրիպցիա	հիպերտրոֆիա սրտային արտանդման մեծացում	հիպերտրոֆիա ապոպտոզ բջիջների նեկրոզ

Խրոնիկ սրտային անբավարարությանը բնորոշ է նախա և հետծանրաբեռնվածության մեծացումը, սրտի կծկողականության մեծացումը, զարկերակային վազոկոնստրիկցիան, փորոքների պատերի հիպերտրոֆիան:

Բացի դրանից առաջանում է ձախ փորոքի վաղ դիլատացիա, դիսֆունկցիա (ռեմոդելավորում), օրգանների և հյուսվածքների պերֆուզիայի իջեցում: Խրոնիկ սրտային անբավարարությանը երկամային օղակը միանալով (Na և ջրի ավելացում) մեծանում է շրջանառող արյան ծավալը, այտուցներ են ձևավորվում:

Գործնականում կարևոր է առանձնացնել խրոնիկ սրտային անբավարարության զարգացման մեխանիզմները հաստատելու համար իրական կլինիկո-պատոգենետիկ տարբերակները`

1. Սրտամկանի ախտահարում: Միոկարդիալ ախտահարում
ա) առաջնային (միոկարդիտներ, դիլատացիոն Կ. Ս. Պ.)

բ) երկրորդային (դիֆուզ և հետինֆարկտային կարդիոսկլերոզ, շ.հ. սիստեմային հիվանդությունների ժամանակ՝ սրտի դիֆուզ ախտահարումը, տոքսիկո-ալերգիկ և էնդոկրին հիվանդություններ)

2. Սրտամկանի ծանրաբեռնվածություն

ա) ճնշմամբ (ձ. փորոքի սիստոլիկ ծանրաբեռնվածություն). ստենոզներ-միտրալ, տրիկուսապիդալ, աորտալ և թոքային զարկերակի: Ջարկերա-կային հիպերթենզիա (սիստեմային, թոքային)

բ) ծավալով (ձ. փորոքի դիաստոլիկ ծանրաբեռնվածություն) սրտի փականների անբավարարություն ներսրտային շունտեր

գ) կոմբինացված արատներ, համակցված ախտաբանական պրոցեսներ, որոնք ուղեկցվում են և՛ ճնշմամբ, և՛ ծավալով, ծանրաբեռնվածությամբ:

3. Փորոքների լեցունության խանգարում (առավելապես դիաստոլիկ անբավարարություն): Հիպերտրոֆիկ Կ. Ս. Պ. « հիպերտրոֆիկ սրտի» տարբերակներ. կաչուն պերիկարդիտներ, արտահայտված հիդրոպերիկարդիտ, ռեստրիկտիվ Կ. Ս. Պ.

4. Հիվանդություններ բարձր սրտային արտամղումով. թիրեոտոքսի-կոզ, արտահայտված անեմիա, ճարպակալում:

Խրոնիկ սրտային անբավարարության դասակարգումը (սրտաբանների Նյու-Յորքյան ասոցացիա 1969թ.)

I դաս – կոմպենսացված սրտային անբավարարություն

I ա - սրտամկանի հիպերտրոֆիա սրտի նորմալ թոպեական ծավալի դեպքում. հանգիստ վիճակում այրան շրջանառության խանգարում չկա, հայտնաբերվում է հատուկ գործիքային քննությամբ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության պայմաններում:

I բ - շրջանառության անցողիկ խանգարում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության պայմաններում:

II դաս – սրտային անբավարարության մասնակի դեկոմպենսացիա

III դաս – մասնակի անվերադարձ սրտային անբավարարություն

IV դաս – լրիվ անվերադարձ սրտային անբավարարություն

Այս դասակարգումն ունի մի շարք սահմանափակումներ, առաջին հերթին հիվանդները իրարից տարբերվում են միայն 4-րդ դասում, չնայած կան հիվանդներ միջանկյալ խմբերում՝ 2-րդ և 3-րդ:

Երկրորդ - չկա լավ արտահայտված ուղղակի ցուցանիշներ կապված ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետ:

Երրորդ - հիվանդի ամենօրյա ակտիվությունը տարբեր է գնահատվում հիվանդների կամ բժիշկների կողմից, որը բերում է ֆունկցիոնալ դասերի սխալ ախտորոշում:

Խրոնիկ սրտային անբավարարության դասակարգումը և օբյեկտիվ կրիտերիաները

- I դաս - անսիպտոմ – ձ. փորոքի արտամղման ֆունկցիան մեծ է 45%-ից (A)
- II դաս – թեթև աստիճան – ձ. փորոքի արտամղման ֆունկցիա 35-45% (B)
- III դաս – միջին ծանրության – ձ. փորոքի արտամղման ֆունկցիա 25-35% (C)
- IV դաս – ծանր – ձ. փորոքի արտամղման ֆունկցիան փոքր է 25%-ից (D)

Խրոնիկ սրտային անբավարարությունը դասակարգվել է 3 ստադիայով (Ն. Լ. Ստրաժեսկո, Վ. Խ. Վասիլենկո և Գ. Ֆ. Լանգ 1935թ.)

I – սկզբնական, արյան շրջանառության թաքնված խանգարում, որը ի հայտ է գալիս միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ՝ հևոց, սրտի խփոց, հոգնածություն: Հանգիստ վիճակում օրգանների ֆունկցիան և հեմոդինամիկան խանգարված չէ, աշխատունակությունն իջած է.

II - ստադիա - արյան շրջանառության արտահայտված խանգարում. արյան մեծ ու փոքր շրջանառության կանգով, օրգանների ֆունկցիայի խանգարումով, ն/փ խանգարումով, աշխատունակության արտահայտված սահմանափակումով,

ա) հեմոդինամիկայի չափավոր արտահայտված խանգարում, սրտի ֆունկցիայի խանգարում

բ) հեմոդինամիկայի արտահայտված խանգարում, սրտի և մնացած օրգանների ֆունկցիայի խանգարում

III – ստադիա - վերջնային (տերմինալ). արյան շրջանառության խանգարում անվերադարձ փոփոխություններով, ն/փ կայուն խանգարումով, մի շարք օրգանների և հյուսվածքների ֆունկցիայի խանգարումով, աշխատունակության կորուստով:

2001 թ. ամերիկյան սրտաբանների ասոցացիայի կողմից առաջարկվել է խրոնիկ սրտային անբավարարության ընթացքը խմբավորել 4 ստադիայով.

«A» ստադիա - բարձր ռիսկի խմբի հիվանդների մոտ առաջացած սրտային անբավարարություն, առանց սրտի ստրուկտոր փոփոխության:

«B» ստադիա - սրտի ստրուկտոր ախտահարումով հիվանդներ, որոնց մոտ երբեք չեն եղել խրոնիկ սրտային անբավարարության նշաններ (անսիմպտոմ ստադիա):

«C» ստադիա - հիվանդներ, ովքեր ունեն կամ նախկինում եղել են խրոնիկ սրտային անբավարարության սիմպտոմներ կապված սրտի ստրուկտուր ախտահարման հետ (ախտանշային ստադիա):

«D» - հիվանդներ խրոնիկ սրտային անբավարարության տերմինալ ստադիայով, այս շրջանում պահանջվում է հատուկ բուժում (ոչ գլիկոզիդային ինոտրոպ միջոցների անընդմեջ ինֆուզիա կամ սրտի տրանսպլատացիա):

խրոնիկ սրտային անբավարարության դիֆերենցված բուժման համար գործնական որոշակի նշանակություն ունի սրտային անբավարարության հեմոդինամիկ տարբերակումը`

- հիպերկինետիկ տարբերակ (տախիկարդիա, հիպերթենզիա, սրտի թոպեական ծավալի մեծացում, գրգռվածություն)
- հիպոկինետիկ տարբերակ (սրտային ինդեքսի իջեցում, հիպոթենզիա, նորմո, բրադի կամ տախիկարդիա)
- կոլլապտոիդ տարբերակ (սրտային ինդեքսի իջեցում գ. ճ. իջեցում, տախիկարդիա)
- կանգային տարբերակ - միոկարդի կծկողական ֆունկցիայի իջեցում, արյան փոքր կամ մեծ շրջանառությունում կանգային երևույթներ
- պորտալ (դռներակային) տարբերակ պորտալ երակներում հիպերթենզիա - ասցիտ, պորտոպուլմոնալ շունտով իր մեջ ընդգրկելով արյան փոքր շրջանառության անոթները
- տարեցների տարբերակ (սրտային անբավարարություն տարեց մարդկանց և մեծահասակների մոտ):

Ս. ի. հ. դիֆուզ կարդիոսկլերոզի ֆոնի վրա ստենոկարդիալ անամնեզի բացակայության պայմաններում, հաճախ շողացող առիթմիայի ֆոնի վրա.

Այժմ մեծ նշանակություն է տրվում խրոնիկ սրտային անբավարարության սիստոլիկ և դիաստոլիկ ձևերին: Տարբերում են ձ. փորոքի դիաստոլիկ ֆունկցիայի խանգարման երեք տիպ.

1. հիպերտրոֆիկ
2. պսևդոնորմալ

3. ռեստորիկտիվ (սա ամենածանր ձևն է անկախ ձախ փորոքի սիստոլիկ ֆունկցիայի վիճակից) դիաստոլիկ սրտային անբավարարությունը կլինիկորեն արտահայտվում է հետևյալ կերպ՝ հևոց, հոգնածություն սթրեսից կամ ֆիզիկական ակտիվությունից. երբ ավելանում է սրտամկանի կծկման հաճախությունը կամ վերջնական դիաստոլիկ ծավալը:

Դիաստոլիկ դիֆունկցիայի ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել վենտրիկուլոգրաֆիա, էխոՍԳ դոպլեր անալիզով, ամենաինֆորմատիվը դա սրտի կաթետերիզացիան է:

Դիաստոլիկ տիպի արյան շրջանառության խանգարումը գործնականում դասակարգվում է հետևյալ կերպ (V. Sutsch, P. Boesiger, O. M. Hess 1996թ)

I - կոնպենսատոր

II - դիաստոլիկ դիսֆունկցիա դանդաղ ռելաքսացիայով, սրտամկանի պասիվ էրաստիկ ունակության վատացումով.

III - դիաստոլիկ դիսֆունկցիա համակցված սիստոլիկ դիսֆունկցիայի հետ, սրտի պոմպի ֆունկցիայի իջեցումով և արյան շրջանառության խանգարման կլինիկական նշաններով: Առաջնային դիաստոլիկ սրտային անբավարարության ախտորոշման համար անհրաժեշտ են հետևյալ պայմանները՝

1. սրտային անբավարարության սիմպտոմների և նշանների առկայությունը
2. ձախ փորոքի սիստոլիկ ֆունկցիայի նորմալ վիճակ կամ աննշան խանգարում
3. ձախ փորոքի ռելաքսացիայի խանգարում (ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիան $\geq 45-50\%$) : Սա հնարավորություն է տալիս էխոՍԳ-յամբ հայտնաբերել խրոնիկ սրտային անբավարարությունը վաղ շրջանում:

Դիաստոլիկ սրտային անբավարարությամբ ընթացող հիվանդություններ՝

1. հիպերտոնիկ հիվանդություն
2. հիպերտրոֆիկ և ռեստրիկտիվ Կ. Մ. Պ.
3. աորտալ արատ
4. միոկարդում կուտակումներ - ամիլոիդոզ, սարկոիդոզ, հեմոխրոմատոզ
5. միոկարդի իշեմիա (ստենոկարդիա պարոքսիզմալ տախիկարդիա)

6. շաքարախտ
7. ճարպակալում
8. կոնստրիկտիվ պերիկարդիտ

Խրոնիկ սրտային անբավարարության բուժման համար անհրաժեշտ է ճիշտ ախտորոշել այն, որի համար պահանջվում է ամենաքիչը երեք չափանիշ.

1. սրտային անբավարարությունը բնորոշող սիմպտոմներ:
2. օբյեկտիվորեն պետք է հաստատել, որ սիմպտոմները կապված են սրտի դիսունկցիայի հետ, այլ ոչ թե այլ օրգանների ախտահարման հետ (թոքերի հիվանդություններ, երիկամային անբավարարություն, անեմիա և այլն):
3. բուժման դրական արդյունքը խոսում է ճիշտ ախտորոշման մասին:
4. այսպես ուրեմն, սրտային անբավարարության հիմնական կլինիկական նշանը համարվում է հևոցը սովորական ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ և տախիկարդիան:

Խրոնիկ սրտային անբավարարությամբ հիվանդների բուժումը պետք է լինի ճկուն, ճիշտ գնահատել հիվանդի վիճակը և խելացի ընտրել նոր և փորձված դեղամիջոցները:

1998թ. Վ. Յու. Մարեկի կողմից առաջարկվել է բուժման հետևյալ ձևը.

- Խրոնիկ սրտային անբավարարությունը բուժել որպես այտուցներով կանգային սինդրոմ(դիուրետիկներ):
- կապված հեմոդինամիկայի կարգավորման հետ օգտագործվում են այնպիսի դեղամիջոցներ, որոնք լավացնում են կենտրոնական և պերիֆերիկ հեմոդինամիկան:

Հաստատված է սրտային գլխկոզիդների դրական ինոտրոպ ազդեցությունը.

դիուրետիկներ + գլխկոզիդներ

Չնայած սրտի ստիմուլացիան ինոտրոպ դեղամիջոցներով վիճելի է:

- կապված է պաթոգենեզի նեյրոհումորալ թերիայի հետ. կլինիկական պրակտիկայում ներդրվել են Ա. Պ. Ֆ-ի ինհիբիտորները (1992թ. E. Braunwald-ն այն համարել է Խրոնիկ սրտային անբավարարության բուժման անկյունաքար):
- Դիուրետիկներ + գլխկոզիդներ + Ա. Պ. Ֆ. ինհիբիտորները:

— 90-ական թվականներին կատարված հետազոտությունների արդյունքում բուժմանն ավելացվել են β բլոկատորներ: Նիտրատներ, հակաառիթմիկները նշանակվում են ըստ ցուցումի:

Ելքը - խրոնիկ սրտային անբավարարությամբ հիվանդների 50%-ը հինգ տարուց ավել չի ապրում: Հանկարծամահության ռիսկը հինգ անգամ ավել է սրտային հիվանդությունների մեջ:

Պետք է հետևողական լինել նաև արտահիվանդանոցային բուժման ժամանակ:

Գրականության ցանկ

1. Ն. Ա. Բոճաճե՝
"Օճիճե՝աճեճյ ճաճաճ՝իճյ իճիճոճոճիճիճոճ", 5-ճ ճճաճիճ, իճեճաճ
2008 ճ.
2. Ժ. Ա. Իճիճ, Է. Ա. Օճիճ
"Աճիճիճ ճաճաճ" իճեճաճ 2006ճ.
3. Ն. Օ. Էճիճիճ
"Աճիճիճոճեճ ճ ճաճ՝իճ ճ ճաճեճիճեճ" իճեճաճ - իճիճաճճ -
ճիճիճ. 2007 ճ.

Կլիմիկական դեպքի ուսումնասիրում

Հիվանդը 72 տարեկան. տղամարդ ընդունվել է Երևանի Մ. Հերացու անվան Պետական բժշկական համալսարանի ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի ամբիոն և սրտաբանության կլիմիկայի ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք 15.06.08թ. ժամը 12¹⁵-ին ծանր վիճակում «Ս. ի. հ. լարման անկայուն ստենոկարդիա» ախտորոշումով:

Ընդունվելիս գանգատվել է աջ վ/վ ցավից, որը ներսային մակերեսով տարածվում է աջ ուսի վրա, ուղեկցվում կրծքավանդակի աջ կեսի ճնշման և վախի զգացումով:

ժառանգական անամնեզը բարդացած է: Անամնեզում հիպերտոնիկ հիվանդությունը խրոնիկ բրոնխիտ 15 տարվա վաղեմությամբ:

Գանգատները սկսվում են 14.06.08թ. ժամը 18⁰⁰-ին:

Օբ. մաշկը ցորնագույն է, շրթունքները ցիանոտիկ: Ե/մ ճ/շ շերտը բավարար է զարգացած, պերիֆերիկ այտուցներ չկան: 1 ռոպեում 28 շնչական ակտ: Բրոնխիալ շնչառության ֆոնի վրա լսվում են եզակի չոր և թաց խզզոցներ կա պերկուտոր ձայնի կարճացում:

Սրտում տոները խուլ են, հաճախացած II տ. հնչել թ. գ. ի վրա: Պերկուտոր մեծացած է սրտի հարաբերական բթուտյած ձախ սահմանը: Ձ. Գ. 140 / 80 Պ – 1 ռոպեում 100գ. բավարար լեցումով ռիթմիկ: Լյարդը մեծացած չէ, փայծախը չի շոշափվում:

Ախտաբանական ռեֆլեքսները բացակայում են:

Hb 160,0 գ/լ, էր 4.8, Fi 1.0, Լ 7000, է.ն.ա 6 մմ/ժամ

Հեմատոկրիտը 53%,

Տրոպոնին > 2

միզանյութը 7.6 մմոլ/լ, կրեատինին 116.2 մկմոլ/լ, գլյուկոզան 8.3 մմոլ/լ, ֆիբրինոգենը 475մկմոլ/լ, պրոտրոմբինային ինդեքսը 100%:

Մեզը դեղին է, թափանցիկ, տ.կ. 1004 ռ-իան թթվային, շաքար չկա, սպրտ չկա, նստվածքում եզակի էպիթելներ, լեկոցիտներ:

ԷՍԳ - սինուսային ռիթմ 1 ռոպեում 100 զարկ: Խոշոր օջախային իշեմիա (ST դեպրեսիա V₁ – V₄), ST-ի փոփոխության I և V₅ – V₆ –ում Q ատամիկ V₁, R ատամիկ V₁ – հնարավոր է բազալ – կողմնային վնասում

ԷխոՍԳ - ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա կոնցենտրիկ տիպի, սրտի խոռոչները լայնացած չեն:

Աորտան վերել հատվածում կարծրացած է, լայնացած չէ: Աորտայի փականների փեղկերը կարծրացած են, բացումը և փակումը խանգարված չէ:

Միտրալ փականների փեղկերը անփոփոխ են: Չախ փորոքի ստորին կողմնային, հետին բազալ հատվածների հիպոկինեզիա: Ընդհանուր կծկողականությունը քիչ իջած է՝ արտամղման ֆրակցիան 45-47%:

Դոպլեր Ս. Գ. , միտրալ անբավարարություն I⁰ , ձախ փորոքի դիաստոլիկ դիսֆունկցիա:

Կատարված քննություններով ախտորոշվել է՝ Սրտամկանի սուր ինֆարկտը առանց ST-ի կայուն բարձրացման ձախ փորոքի կողմնային պատին 14.06.08 թ. : Սուր կանգային անբավարարություն II⁰ : Ջ. հիպերթենզիա: Խր. բրոնխիտի սրացում:

Նշանակվել է օմնոպոն, հեպարին, Գ. ի. կ. , ասպիրին էգիլոկ, ա. ց. ց., կապոտեն, դիազեպամ պենիցիլլին «Գ», ֆորոսեմիդ, դիլթիազեմ:

Բուժումից գանգատները վերացել են, անհրաժեշտ է պահպանողական բուժումը շարունակել ամբուլատոր: