

Ішкі аурулар пропедевтикасы

Жүрек-қантамыры жеткіліксіздігі кезінде дәрігерге дейінгі көмек көрсету алгоритмі

Орындаған: Сәрсен Аружан

Тобы: В-ЖМҚА-07-19

Қабылдаған: Абдукаримова Ж.

М

ЖОСПАР Ы

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Жедел жүрек жеткіліксіздігінің классификациясы
- Этиологиялық себептері
- Патогенезі
- Клиникалық көріністері
- Емі

КІРІСПЕ

Жүрек жеткіліксіздігі-бұл миокардтың жиырылу қабілетінің әлсіреуінен және кіші немесе үлкен қан айналымындағы тоқырау құбылыстарынан туындаған жедел немесе созылмалы жағдай. Бұл тыныштықта немесе шамалы жүктеме, шаршау, ісіну, тырнақтың цианозы (цианоз) және назолабиалды үшбұрышта көрінеді. Жедел жүрек жеткіліксіздігі өкпе ісінуі мен кардиогендік шоктың дамуына қауіпті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі орган гипоксиясының дамуына әкеледі. Жүрек жеткіліксіздігі-адам өлімінің жиі кездесетін себептерінің бірі



Жүрек жеткіліксіздігі кезінде жүректің жиырылу (сорғы) функциясының төмендеуі ағзаның гемодинамикалық қажеттіліктері мен оларды жүзеге асыруда жүректің мүмкіндігі арасындағы теңгерімсіздіктің дамуына әкеледі. Бұл теңгерімсіздік жүрекке веноздық ағымның асып кетуімен және миокардты қан тамырларына шығару үшін, жүректің қанды артерия жүйесіне жылжыту қабілетінен асып кетуімен көрінеді.

Тәуелсіз ауру болмаса, жүрек жеткіліксіздігі қан тамырлары мен жүректің әртүрлі патологияларының асқынуы ретінде дамиды: жүректің қақпақшалық ақаулары, ишемиялық ауру, кардиомиопатия, артериялық гипертензия және т. б.

Кейбір ауруларда (мысалы, артериялық гипертония) жүрек жеткіліксіздігі құбылыстарының жоғарылауы біртіндеп, жылдар бойы жүреді, ал басқаларында (жедел миокард инфарктісі) функционалды жасушалардың бір бөлігінің өлімімен бірге бұл уақыт күндер мен сағаттарға дейін қысқарады. Жүрек жеткіліксіздігінің күрт дамуымен (минут, сағат, күн ішінде) олар оның өткір түрі туралы айтады. Басқа жағдайларда жүрек жеткіліксіздігі созылмалы деп саналады.

Жүрек жеткіліксіздігінің себептері

Пациенттердің 60-70% - ында кездесетін жүрек жеткіліксіздігінің жиі кездесетін себептерінің бірі миокард инфарктісі және ЖИА деп аталады. Одан кейін ревматикалық жүрек аурулары (14%) және кеңейтілген кардиомиопатия (11%). 60 жастан асқан топта жүректің ишемиялық ауруынан басқа гипертония да жүрек жеткіліксіздігін тудырады (4%). Егде жастағы пациенттерде жүрек жеткіліксіздігінің жиі себебі 2 типті қант диабеті және оның артериялық гипертониямен үйлесуі болып табылады.

Тәуекел факторлары

Жүрек жеткіліксіздігінің дамуына себеп болатын факторлар жүректің компенсаторлық механизмдерінің төмендеуімен оның көрінісін тудырады. Себептерден айырмашылығы, қауіп факторлары ықтимал қайтымды және оларды азайту немесе жою жүрек жеткіліксіздігінің нашарлауын кешіктіріп, тіпті науқастың өмірін сақтап қалуы мүмкін.



Патогенез

Жедел жүрек жеткіліксіздігінің дамуы көбінесе миокард инфарктісі, жедел миокардит, ауыр аритмия (қарыншалық фибрилляция, пароксизмальды тахикардия және т.б.) аясында байқалады. Бұл жағдайда минуттық шығарындылар мен артериялық жүйеге қанның түсуі күрт төмендейді. Жедел жүрек жеткіліксіздігі клиникалық түрде жедел тамыр жеткіліксіздігіне ұқсас және кейде жедел жүрек коллапсы деп аталады.

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінде Жүректе пайда болатын өзгерістер ұзақ уақыт бойы оның қарқынды жұмысымен және тамыр жүйесінің бейімделу механизмдерімен өтеледі: жүректің жиырылу күшінің жоғарылауы, ырғақтың жоғарылауы, капиллярлар мен артериолалардың кеңеюіне байланысты диастоладағы қысымның төмендеуі, систола кезінде жүректің босатылуын жеңілдетеді, тіндердің перфузиясының жоғарылауы.

Жүрек жеткіліксіздігі құбылыстарының одан әрі өсуі жүрек шығару көлемінің төмендеуімен, қарыншалардағы қанның қалдық мөлшерінің жоғарылауымен, диастола кезінде олардың толып кетуімен және миокардтың бұлшықет талшықтарының артуымен сипатталады. Миокардтың үнемі шамадан тыс жүктелуі, қанды тамыр арнасына итеріп, қан айналымын қолдауға тырысады, оның компенсаторлық гипертрофиясын тудырады. Алайда, белгілі бір сәтте миокардтың әлсіреуіне, ондағы дистрофия мен склероз процестерінің дамуына байланысты декомпенсация кезеңі басталады. Миокардтың өзі қанмен және энергиямен қамтамасыз етудің жетіспеушілігін сезіне бастайды.

Жіктелуі

Декомпенсация белгілерінің өсу қарқыны бойынша жедел және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бөлінеді.

Василенко-Стражеско классификациясына сәйкес созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің дамуында үш кезең бар:

I (бастапқы) кезең-қан айналымы жеткіліксіздігінің жасырын белгілері, олар физикалық жаттығулар кезінде, ендігу, жүрек соғысы, шамадан тыс шаршау кезінде көрінеді; демалу кезінде гемодинамикалық бұзылулар болмайды.

II (айқын) кезең-ұзақ қанайналым жеткіліксіздігінің және гемодинамикалық бұзылулардың белгілері (кіші және үлкен қанайналым шеңберлерінің іркілу құбылыстары) тыныштық күйінде көрінеді; еңбек ету қабілетінің күрт шектелуі:

II A кезеңі-жүректің бір бөлігіндегі орташа гемодинамикалық бұзылулар (сол немесе оң қарыншалық жеткіліксіздік). Ендігу дамып, кезінде әдеттегі дене белсенділігі, жұмыс қабілеті күрт төмендеген. Объективті белгілер-цианоз, аяқтың ісінуі, гепатомегалияның бастапқы белгілері, қатты тыныс алу.

II B кезеңі-бүкіл жүрек-қантамыр жүйесінің (үлкен және кіші шеңбер) қатысуымен терең гемодинамикалық бұзылулар. Объективті белгілер-тынығу, айқын ісіну, цианоз, асцит; толық еңбекке жарамсыздық.

III (дистрофиялық, соңғы) кезең-қан айналымы мен зат алмасудың тұрақты жеткіліксіздігі, ағзалар құрылымының (бауыр, өкпе, бүйрек) морфологиялық қайтымсыз бұзылуы, сарқылу.

Жүрек жеткіліксіздігінің белгілері

Жедел жүрек жеткіліксіздігі жүректің бір бөлігінің: сол жақ атриумның немесе қарыншаның, оң қарыншаның функциясының әлсіреуінен болады. Жедел сол жақ қарыншаның жеткіліксіздігі сол жақ қарыншаға басым жүктемесі бар ауруларда дамиды (гипертония ауруы, аорта ауруы, миокард инфарктісі). Сол жақ қарыншаның функциялары әлсіреген кезде өкпе тамырларындағы, артериолалардағы және капиллярлардағы қысым жоғарылайды, олардың өткізгіштігі артады, бұл қанның сұйық бөлігінің терлеуіне және алдымен интерстициальды, содан кейін альвеолярлы ісінудің дамуына әкеледі.

Сол жақ қарыншаның жедел жеткіліксіздігінің клиникалық көріністері-жүрек демікпесі және өкпенің альвеолярлы ісінуі. Жүрек демікпесінің шабуылы әдетте физикалық немесе нейропсихикалық стресстен туындайды. Ұстамасы кенеттен тұншығу жиі туындайды түнде, вынуждая науқастың қорқыныш ояту мүмкін. Жүрек демікпесі ауаның жетіспеушілігімен, жүрек соғуымен, қатты қақырықпен жөтелмен, өткір әлсіздікпен, суық термен көрінеді.



Науқас ортопноэ жағдайын қабылдайды-аяғы төмен. Тексеру кезінде-сұр реңді бозғылт тері, суық тер, акроцианоз, қатты тыныс алу. Аритмиялық импульстің әлсіз, жиі толтырылуы, жүректің сол жаққа кеңеюі, жүректің саңырау үні, галоп ырғағы анықталады; қан қысымы төмендейді. Өкпеде бір құрғақ ысылумен қатты тыныс алу.

Шағын шеңбердің тоқырауының одан әрі өсуі өкпе ісінуінің дамуына ықпал етеді. Өткір тұншығу жөтелмен бірге жүреді, көп мөлшерде көбік қызғылт қақырықты шығарады (қан қоспасының болуына байланысты). Қашықтықта дымқыл дірілмен тыныс алу естіледі ("қайнаған самовар" симптомы). Науқастың жағдайы ортопноэ, беті цианотикалық, мойын тамырлары ісінеді, терісі суық термен жабылған. Пульс жіп тәрізді, аритмиялық, жиі, қан қысымы төмендейді, өкпеде – ылғалды, әр түрлі діріл. Өкпе ісінуі-қарқынды терапия шараларын қажет ететін шұғыл жағдай, өйткені. өлімге әкелуі мүмкін.



Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

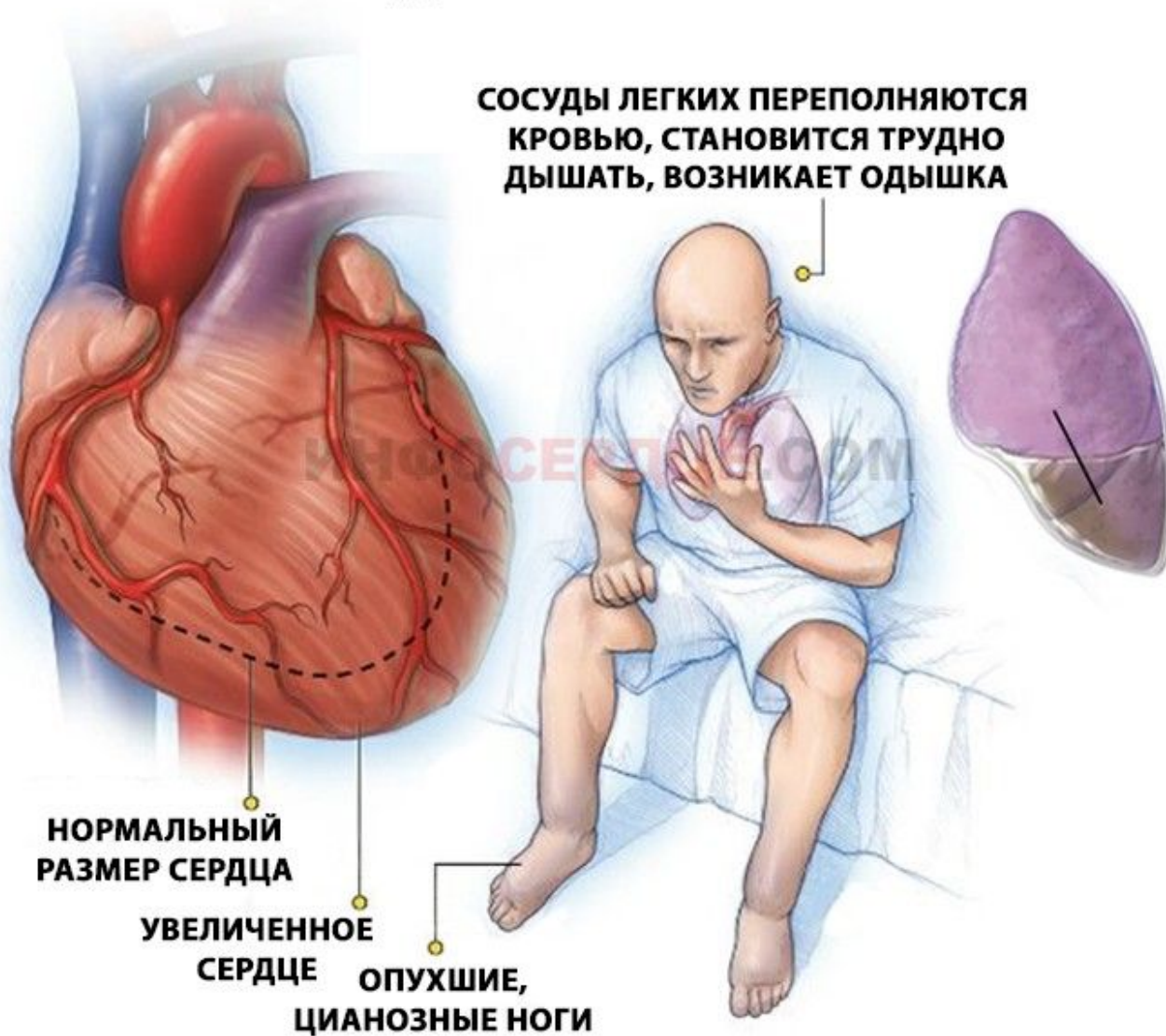
Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің бастапқы кезеңдері сол және оң қарыншалық, сол және оң жүрекшелік типтерде дамуы мүмкін. Аорталық ақау, митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі, артериялық гипертензия, коронарлық жеткіліксіздік кезінде кіші шеңбердегі тамырларда тоқырау және созылмалы сол жақ қарыншалық жеткіліксіздік дамиды. Ол өкпедегі Тамырлы және газды өзгерістермен сипатталады. Тыныс алудың қысқаруы, тұншығу ұстамалары (көбінесе түнде), цианоз, жүрек соғысы, жөтел (құрғақ, кейде гемоптизиямен), шаршаудың жоғарылауы байқалады.

Митральды қақпақшаның стенозы бар науқастарда қан айналымының кіші шеңберіндегі одан да айқын тоқырау созылмалы лево-атриальды жеткіліксіздікте дамиды. Тыныс алу, цианоз, жөтел, гемоптиз пайда болады. Ұзақ венозном застою қан тамырларында шағын шеңбер жүреді склерозирование өкпе және қан тамырларының. Шағын шеңберде қан айналымы үшін қосымша, өкпе кедергісі бар.



ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

СОСУДЫ ЛЕГКИХ ПЕРЕПОЛНЯЮТСЯ КРОВЬЮ, СТАНОВИТСЯ ТРУДНО ДЫШАТЬ, ВОЗНИКАЕТ ОДЫШКА



НОРМАЛЬНЫЙ
РАЗМЕР СЕРДЦА

УВЕЛИЧЕННОЕ
СЕРДЦЕ

ОПУХШИЕ,
ЦИАНОЗНЫЕ НОГИ

Келесі белгілер тез өсуде:

ентігу;

мойындағы тамырлардың
ісінуі;

қан қысымының күрт
төмендеуі;

айқын тахикардия, аритмия;

акроцианоз;

бауыр мен көкбауырдың
кеңеюі және ауыруы;

төменгі аяқтың айқын ісінуі.



Дәрігерге дейінгі көмек қалай көрсетіледі?

Жедел түрдегі жүрек жеткіліксіздігі найзағай жылдамдығымен дамиды және жүрек ұстамасына әкеледі. Сондықтан адамның өмірін қандай әрекеттер құтқара алатынын білу өте маңызды.

Ең алдымен, басқа өмірлік маңызды органдардың қауіпті ишемиялық зақымдануын болдырмау үшін пациенттің толық тыныштығын жасау керек.

Жедел жүрек жеткіліксіздігіне күдік туындаған кездегі міндетті әрекеттер алгоритмі:

науқастың жағдайын сипаттау арқылы жедел жәрдем шақырыңыз;
адамды отырғызуға тырысыңыз немесе артқы және иықтың астына бүктелген киім немесе көрпе қойып, аяқтарын төмен қаратып қойыңыз;
шалбардағы киімді, жағаны және белдікті ашыңыз;
тыныс алуды жеңілдету үшін желдеткішті, кондиционерді қосыңыз немесе терезелерді ашыңыз;
адаммен үнемі сөйлесіп, бәрі жақсы болады деп сендіріп, ол жақсарады.
Мүмкіндік болса, онда көрсете отырып, бірінші медициналық көмек көрсету (қысқаша — АМК) мұқият жылытып, білезік және табан пайдалана отырып, жылы су немесе сочидегі отандық спортшыларды мата, қан қысымдарын өлшейді.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



**ВЫЗВАТЬ
«СКОРУЮ ПОМОЩЬ»**



**УЛОЖИТЬ БОЛЬНОГО
(ПОЛУСИДЯ-ПОЛУЛЕЖА)**



**ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУП ВОЗДУХА
(ОТКРЫТЬ ОКНО, РАССТЕГНУТЬ
СТЯГИВАЮЩИЕ ОДЕЖДЫ)**



**НЕ ДАВАТЬ ПИТЬ И ЕСТЬ.
НЕ РАЗРЕШАТЬ ДВИГАТЬСЯ**

Систолалық қысым 90 мм рт. ст. төмен емес. сіз тіл астындағы нитраттар тобынан нитроглицерин таблеткасын немесе басқа препаратты қоюға болады, бұл жүрекке жүктемені азайтады.

Егер жедел жәрдем 10-15 минуттан кейін келмесе, онда қан айналымын жақсарту үшін турникет қолданылады немесе бір немесе екі жамбас тығыз байланады. Бұл жағдайда уақытты белгілеп, оны дәрігерлерге хабарлау керек, өйткені жарты сағаттан кейін оны алып тастау керек.

Егер адам есінен танып, дем алмаса, онда дәрігерге дейінгі шұғыл көмек келесі әрекеттерді қамтиды:

Науқасты көлденең бетке қойыңыз.

Роликті мойынның астына қойыңыз.

Жанама жүрек массажын жасаңыз: айқасқан алақандардың минутына 60-100 жиілікпен төменгі стернумға әсер етуі. Балалар мен ересектер үшін алгоритм аздап ерекшеленетініне назар аударыңыз, мақалада берілген сілтеме бойынша толығырақ оқыңыз.

Жасанды тыныс алу: жүрек аймағында әр 13 соққыдан кейін 3 тыныс алу.

Егер көмекші болса, ол әр 5 соққыдан дем алады

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА



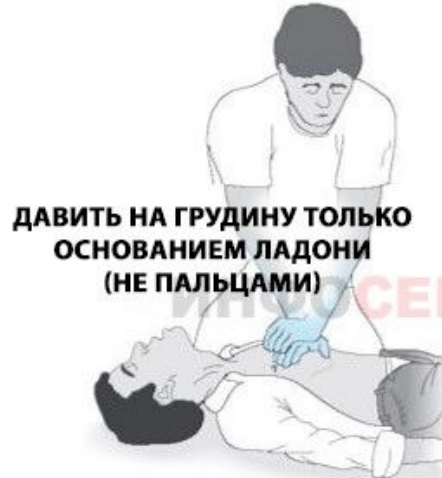
НАЙТИ МЕСТО СОЕДИНЕНИЯ
РЁБЕРНОЙ ДУГИ С ГРУДИНОЙ



ОТСТУПИТЬ НА ДВА
ПАЛЬЦА КВЕРХУ



В ЭТОМ МЕСТЕ ПОЛОЖИТЬ
НА ГРУДИНУ ОСНОВАНИЕ



ДАВИТЬ НА ГРУДИНУ ТОЛЬКО
ОСНОВАНИЕМ ЛАДОНИ
(НЕ ПАЛЬЦАМИ)



РУКИ
ВЫПРЯМЛЕННЫ



ПОЛОЖЕНИЕ РУК ДЛЯ
МАССАЖА ВЗРОСЛЫМ



ПОЛОЖЕНИЕ РУК ДЛЯ
МАССАЖА ПОДРОСТКАМ



ПОЛОЖЕНИЕ РУК ДЛЯ
МАССАЖА ДЕТЯМ



Жедел жәрдем дәрігерлерінің әрекеттері

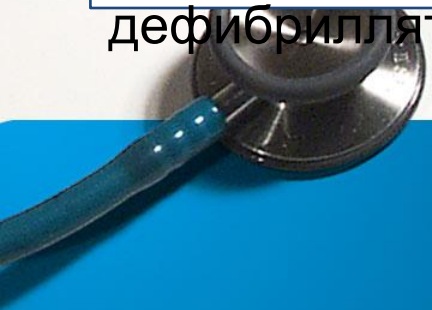
Шақыруға келген жедел жәрдем дәрігерлерінің басты міндеті-науқастың өмірін сақтап қалу, оны жақын жердегі стационардың жансақтау бөліміне жеткізіп үлгеру.

Науқасты құтқару үшін дәрігерлер келесі әрекеттерді орындайды:

Оксигенотерапия жүргізу-оттегі маскасы, ингалятор, сирек-өкпені жасанды желдету. Өкпе ісінуі кезінде оттегі қоспасына Антифомсилан, алкоголь немесе басқа да көбіктендіргіштер қосылады.

Жүрек ауруын жеңілдету үшін опиоидты немесе басқа анальгетиктерді енгізу — Морфин, Омнопон.

Егер жүрек ұстамасы орын алса, адреналинді жүрекішілік енгізу және дефибриллятордың әсері жүргізіледі.



Қан қысымының көрсеткіштерін ескере отырып, айқын тыныс алу бұзылулары және инсультқа күдік болған кезде эуфиллинді көктамыр ішіне енгізу.

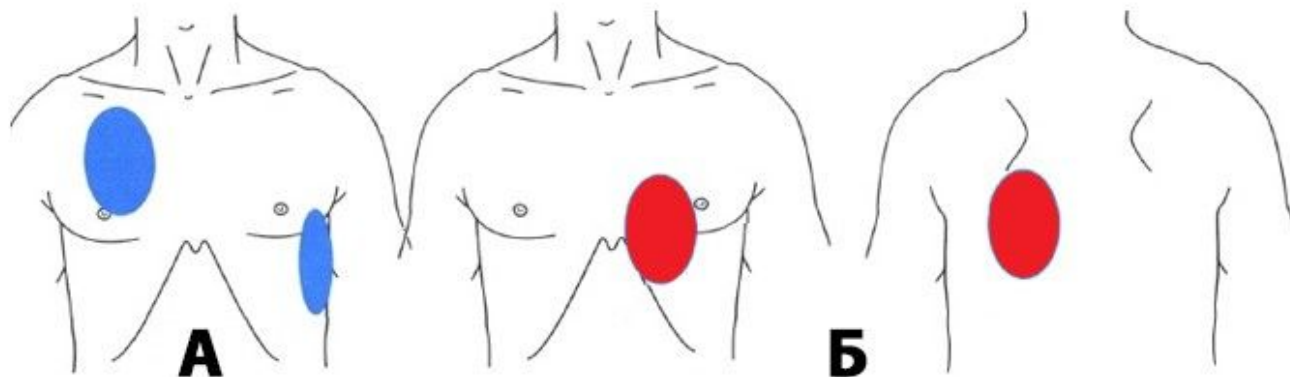
Қысымның бақылауымен көктамыр ішіне адреналин ерітіндісін енгізу арқылы Кардиостимуляция.

Тіл астына немесе щекке нитроглицерин таблеткасын қолдану арқылы жүрекке жүктемені азайту.

Қан қысымын қалыпқа келтіру және жоғары қан қысымы кезінде жүрек соғу жиілігін қалпына келтіру үшін ганглиоблокаторлар (Пентамин, Арфонад), АСЕ ингибиторлары (Квинаприлат) және β -адреноблокаторлар (Анаприлин) енгізіледі. Жүрек ырғағының күрт баяулауы жағдайында атропин инъекциясы қолданылады.

Ауыр гипотензияда глюкокортикостероидты гормондар (Преднизолон, Дексаметозон) көктамыр ішіне қолданылады. Бұл ишемияға қарсы кардиогендік шок пен реактивті тіндердің қабыну қаупін азайтады. Ісіну кезінде медициналық көмекке Лазиксті бұлшықет ішіне енгізу кіреді.

ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ СЕРДЦА



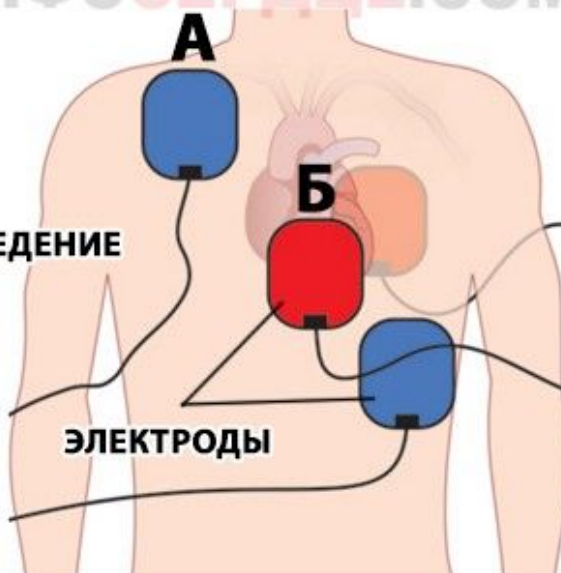
**ПОЗИЦИЯ А ЭЛЕКТРОДОВ
ДЛЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ**

**ПОЗИЦИЯ Б ЭЛЕКТРОДОВ
ДЛЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ**

ИНФОСЕРДЦЕ.COM



**ВНУТРИСЕРДЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ
АДРЕНАЛИНА**



ЭЛЕКТРОДЫ

ДЕФИБРИЛЛЯТОР



Жүрек жеткіліксіздігін емдеу

Жүрек жеткіліксіздігінде бастапқы себептерді (ЖИА, гипертония, ревматизм, миокардит және т.б.) жоюға бағытталған емдеу жүргізіледі. Жүрек ақауы, жүрек аневризмасы, жабысқақ перикардит, Жүректің жұмысында механикалық кедергі жасайды, көбінесе хирургиялық араласуға жүгінеді.

Жедел немесе ауыр созылмалы жүрек жеткіліксіздігінде төсек демалысы, психикалық және физикалық тыныштық тағайындалады. Басқа жағдайларда сіз денсаулықты бұзбайтын орташа жүктемелерді ұстануыңыз керек. Сұйықтықты қабылдау күніне 500-600 мл – мен шектеледі, тұз-1-2 г.витаминделген, оңай сіңетін диеталық тамақтану тағайындалады.

Жүрек жеткіліксіздігінің фармакотерапиясы пациенттердің жағдайын және олардың өмір сүру сапасын ұзартуға және едәуір жақсартуға мүмкіндік береді

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- “Пропедевтика детских болезней” Шабалов
- http://deti.mail.ru/serdechnie_bolezni/beremennosty/
- <http://www.google.ru.doctor.end.narod.ru>.
- Земцовский Э.В., Гусейнов Б.А., Извекова А.В., Полухина Е.Л., Чистова И.Я. (1989) О точности реографического метода определения ударного объема крови // Кардиология. - 6: 75-79
- https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure