ҚР БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
ІШКІ АУРУЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСЫ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

Тақырыбы: **Жіті сол қарыншалық жетіспеушілігінің диагностикасы және жедел жәрдем көрсету алгоритмі**.

Орындаған: Бегелдинов А.Б
340 топ,ЖМФ
Тексерген: Қожахметова Д.К

Семей 2014

Жоспар:

I. Кіріспе;

II. Негізгі бөлім;

2.1. Жіті сол қарыншалық жетіспеушілігі

2.2. Диагностикасы және жедел жәрдем көрсету алгоритмі.

III. Қорытынды.

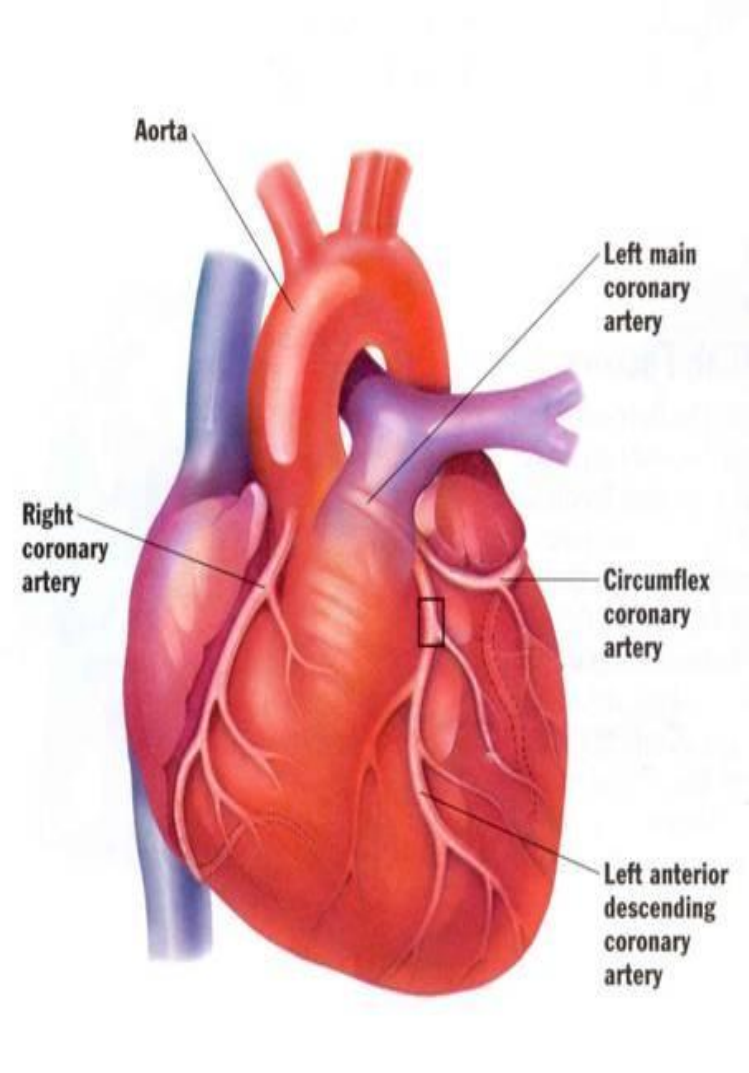
IV.Пайдаланған әдебиеттер

КІРІСПЕ

Бүгінгі таңда жіті сол қарыншалық жетіспеушілігікең тарап отыр және осы ауру көп адамның кенеттен өліп кетуінің себепкеріне айналып барады. Қарынша жетіспеушілігі проблемасы әлі толық шешілген жоқ және бұл аурудан өліп кетушілердің саны барған сайын өсіп отыр.

Бұл ауру 35 пен 50 жас аралығындағы әйелдерге қарағанда ер адамдарда көбірек кездеседі.

Алдындағы синдромның үш варианты болады: 1). алғаш рет тап болатын стенокардия. Бұл жүрек ауруының тез өететін түрі және жиі кездеседі, 2). стенокардияның тыныштау өететін түрі, 3). жүректің ауыр түрде ұстауы (приступ), ауа жетіспеуі. Жүрек ұстамалысының төртінші түрін дәрігерлер «стенокардия принцметалла» деп те атайды.



WWW.MIX.AZ
Bir gün her kos Mix azlı olacaq

Қарыншалар фибрилляциясын емдеу.

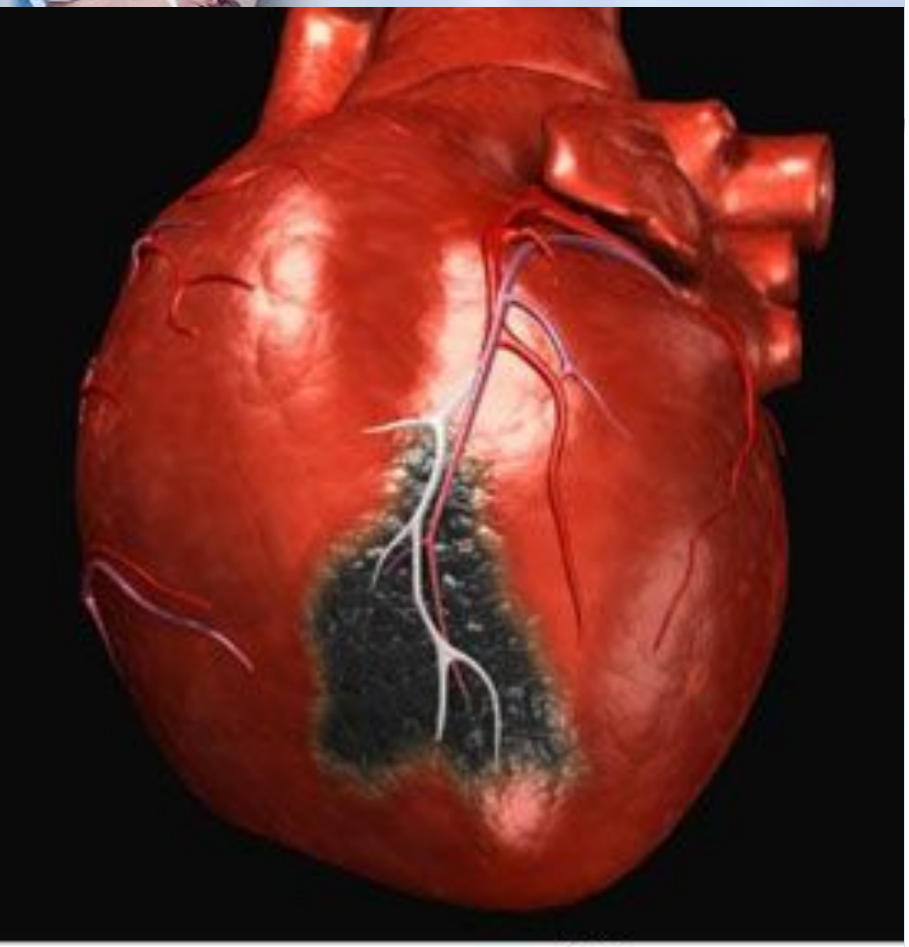
- *Қарыншалар фибрилляциясы 60% жиілікте алғашқы 4 сағатта, ал 80% жиілікте – алғашқы 12 сағат аралығында дамиды. Қарыншалар фибрилляциясының ең тиімді жалғыз тәсіліне электрлік дефибрилляция жатады.*

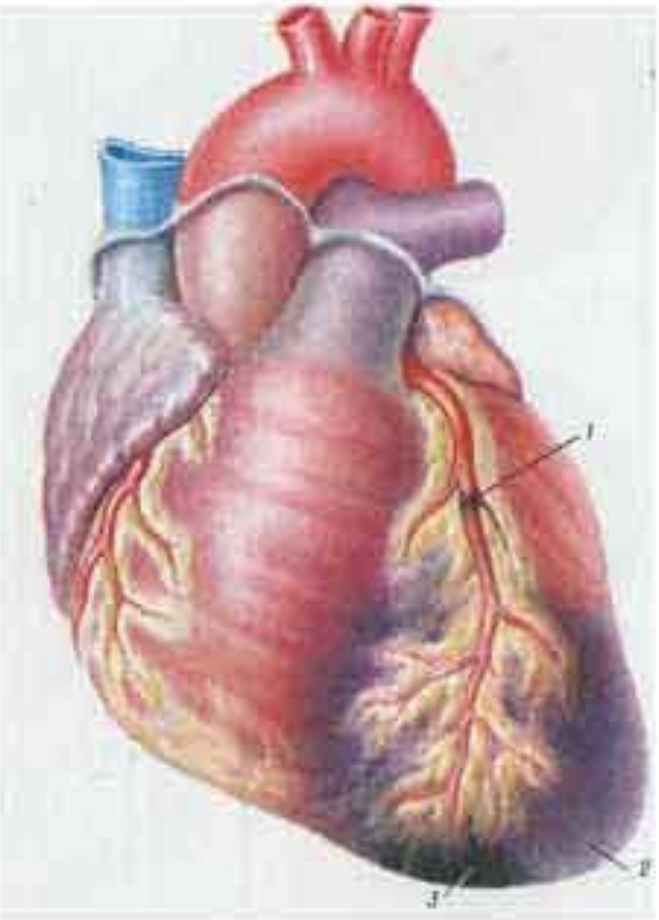
- *Қарыншалардың алғашқы фибрилляциясынан кейінгі науқас адамдардың болжамы қолайлы болады және кейбір ғылыми мәліметтерге қарағанда миокардтың асқынбаған инфарктынан кейінгі науқас адамдардағыдай болжамы қолайлы болады.*
- *Қарыншалардың кеш дамыған фибрилляциясы (бір тәуліктен кейін) көбінесе екіншілік сипатта болады және көбінесе миокардтың өте айқын зақымдануларында, жүрек жетіспеу-шілігінде, қарыншаішілік өткізгіштіктің бұзылыстарында дамиды. Осы кездегі адам болашағының қолайсыз болжамы миокард зақымдануының тереңдігіне байланысты болады.*

Қарыншалық экстрасистолия

- **Негізгі көріністері:**
- **Р тісшесінің алдын-ала болған QRS кешені**
- **QRS кешенінің алдын ала деформациясымен кеңеюі**
- **ST-T, QRS қарсы дискордантты орналасуы**
- **Толық компенсаторлы үзіліс (кейде болмауы мүмкін)**

Қарыншалар экстросистолиясында QRS тістер жиыны деформацияланады және тағы бір ерекшелігі P тісі болмайды, сонымен қатар орын толтыру фазасы болады, себебі келесі келген импульске қарыншалар рефрактерлік фазада болып жауап бере алмайды.





1 . Место закупорки артерии.
2,3. Инфаркт (зоны омертвения)

Қарыншаүстілік экстрасистолия кезінде антиаритмиялық препараттарды тағайындау принципі

Класс II: пропранолол, атенолол, метопролол

или

Класс IV: верапамил, дилтиазем

Класс III: соталол,

Класс IC: аллапинин, пропафенон, этацизин

Класс IA: хинидин, дизопирамид

АМИОДАРОН

Қарынша экстрасистолия кезінде антиаритмиялық препараттарды тағайындау принципі

Класс III: соталол

↓

Класс IC: аллапинин, пропафенон, этацизин

↓

Класс IA: дизопирамид

↓

АМИОДАРОН

Класс IB: лидокаин - ауыр жағдайларда к/т

дифенин – дигиталисті экстрасистолияда

немесе басқа перпараттарды көтере алмағандамедикаментозды емнің әсері болмағанда миокардтағы эктопиялық ошақтың аблациясы жүргізіледі

ПАРОКСИЗМАЛДЫҚ ҚАРЫНШАЛЫҚ ТАХИКАРДИЯ

Гисс шоғырының бір аяғының блокадасы QRS комплексінің кеңеюін тудыруы мүмкін: блокада тұрақты (ендеше, ол синусты ырғақ фонында да болады) немесе тахикардия фонында да болуы мүмкін (абберантты).

Сонымен қатар қарыншалық комплекстің тұрақтылығы мен өзгерулеріне байланысты, моно – және полиморфты деп ажыратады. Қысқа уақыттық қарыншалық тахикардияның эпизодттары симптомсыз өтуі мүмкін, ал тұрақты тахикардияда гемодинамикалық бұзылыстар болады. Жүректің органикалық аурулары бар науқастарда, әсіресе сол жақ қарыншаның жиырғыштығы төмендегенде, қарыншалық тахикардия өмір болжамын қиындататын өзіндік фактор болуы мүмкін. Пароксизмалды қарыншалық тахикардияның, әсіресе полиморфты түрі, қарыншалардың тыпырлауы мен жыпылықтауына ауысуы мүмкін және қан айналымның тоқтауының және кенеттен аритмиялық өлімнің себебі болуы мүмкін. Сондықтан пароксизмалды қарыншалық тахикардия ұстамаларын қайтару және алдын алуға бағытталған арнайы ем үнемі қажет.

Қарыншалық тахикардия

Гемодинами-каның ауыр бұзылыстары

Тұрақсыз гемодинамика

Тұрақты гемодинамика

Амиодарон / Лидокаин к/т

Лидокаин к/т

Нәтижесі жоқ

Нәтижесі жоқ

ЭИТ

Новокаинамид/ Мекситилетин/ Аймалин/ Амиодорон к/т

Қарыншаүстілік тахикардияны басуға арналған рефлекторлы әдіс

- Вальсальв сынамасы (5-10 сек)
- Каротидті синустың массажы (5-10 сек)

Чермак-Геринг сынамасы

- “Сүңгуші ит” рефлексі (10-30 сек)
- Құсықтық рефлекс
- Ауалы шарды үрлеу

Қарыншаүстілік тахикардияны басу (2)

Қарыншаүстілік тахикардия

Гемодинамиканың бұзылысымен

Гемодинамиканың бұзылуынсыз

ӨАЭС немесе **ЭИТ**

Ерекше көрсеткіш:
антиаритмиялық препараттардың жақпауы

Бірінші және екінші кезектегі препараттарды тағайындау

Нәтиже жоқ

ҚАРЫНШАЛЫҚ ТАХИКАРДИЯНЫ БАСУДЫҢ СЫЗБАНҰСҚАСЫ

қарыншалық тахикардия

Гемодинамиканың бұзылысымен

кардиоверсия

Кардиостимуляция-нәтижесі болмаса

Гемодинамиканың бұзылуынсыз

лидокаин

80-100 мг к/т тез қайталап 10 минуттан кейін 50 мг енгізу суммарлы дозаға жеткізу 200-250 мг

Нәтижесі болмаса – новокаинамид ***1000-1500 мг к/т тамшылатып (50 мг/мин.)*** **немесе амиодарон** ***300 мг/20 минут***

Нәтиже болмаса – кардиоверсия

Нәтиже болмаса - кардиостимуляция

- *Соңғы жылдары клиникалық тәжірибеде қатерлі қарыншалық аритмия кезіндегі науқастардың өлім қауыпын төмендету мақсатында* ***кардиовертер–дефибрилляторының имплантатын қолданылуда.*** *Қазіргі күні осы аппаратпен бірге дәрілік емнің қосарланып емделуі зерттелінуде.*

МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ПРОФИЛАКТИКА

а) пароксизмальды қарыншаүстілік тахикардия

IB тобынан басқа, антиаритмиялық препараттардың барлық тобы :

Класс IA: хинидин, дизопирамид

Класс IC: аллапинин,

пропафенон, этацизин

Класс II: пропранолол,

атенолол, метопролол

Класс III: соталол, амиодарон

Класс IV: верапамил, дилтиазем

б) қарыншалық пароксизмальды тахикардия

Барынша IA, IC, III топтағы антиаритмиялық препараттар

ҚАРЫНШАЛЫҚ АРИТМИЯ - БҰЛ ӨМІРГЕ ҚАУЫПТЫ ЫРҒАҚТЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ НЕГІЗІ

ҚФ ауысу мүмкіндігіне, теріс гемодинамикалық әсер - өмірге қауып төндірулеріне байланысты ҚТ бар науқастардың көбінде жансақтау шараларын жүргізудің көрсеткіші болып табылады. Жүректің ЖИА дан басқада аурулары өмірге қауып төндіретін ҚТ себептері болып табылады.

Коронарлы немесе церебралды жетіспеушілік белгілері, аритмогенді шок, сол жақ қарыншалық жетіспеушілік белгілері болған кезде бірден кардиверсияға көшеді. Нәтижесі болмаған кезде антиаритмиялық заттарды қайтадан енгізу және қайталап кардиверсия жүргізіледі. ҚТ сақталған кезде қарыншалардың фазосинхронды электростимуляциясы қолданылады. ҚТ қайтарғаннан кейін көк тамырға антиаритмиялық заттарды 24 сағат ішінде енгізген дұрыс. Егер осы фонда ҚТ қайталанса, сирек синусты ырғақ кезінде ырғақты жиілететін заттар қолданылады (атропин, сирек - изопротеренол) немесе overdrive pacing тәртібінде электрокардиостимуляция қолданылады.

ЖҮРЕКТІҢ СЫРТҚЫ МАССАЖЫ

- Жедел тыныс жетіспеушілігі.
- Белгілері:
- Жеңіл дәрежесі. Артериялдық қандағы газдың құрамының бұзылуынсыз минутына 25 ке дейін ентігу. Тахикардия минутына 110 рет. АҚ қалыпты мөлшерде.
- Орташа дәрежесі. Қосымша бұлшық еттердің қатысуымен ентігу минутына 35 рет. PaO_2 80-60 мм сын.бағ. (10,7-8,0 кПа),$PaCO_2$ 45-60 мм сын.бағ.дейін жоғарлау. (6,0-8,0 кПа) немесе өзгереді. Цианоз, тершеңдік, эйфория, мазасыздық, ұйқышылдық.
- Ауыр дәрежесі. Тыныс жиілігі минутына 45 рет. өкпеде тыныс шуларының жоғалуы немесе тыныс тереңдігінің төмендеуі және азаюы. Тахикардия минутына 180, АҚ төмендеуі. PaO_2 60-40 мм сын.бағ.төмен. (0,0-5,3 кПа), PaCO 70 мм.сын.бағ. жоғары (9,3 кПа). Қозу тежегіштікпен ауысуы мүмкін, тартылулар, зәр шығару және дефекация болуы мүмкін.
- Гипоксиялық және гиперкапниялық кома. Есінің болмауы. Тынысы сирек, аритмиялық болады. Қан айналымның, тыныстың тоқтауы,қайтыс болу.
- *Шұғыл ем:*
- - тыныс жолдарының өтімділігін қамтамасыз ету;
- тыныстың тоқтауында, оның патологиялық ақауларында, тыныстың минуттық көлемінің күрт төмендеуінде, тыныс жетіспеушілігінің ауыр дәрежесінде және комада, ауыр жүрек жетіспеушілігнде, айқын интоксикацияда ӨЖВ;
- оксигенотерапия;
- жедел тыныс жетіспеушілігін тудыратын себептерді жоққа шығару.

Алдын алу:

• Ең алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;
• Тиімді тамақтану ережелерін сақтау;
• Майлы тамақтардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту-
тәулігіне 4 грамм, құрамында калийі мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз қырыққабаты) тамақтарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;
• Көкеніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;
• Алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшерде ғана пайдалану;
• Дене белсенділігін арттыру, семіздіктен сақтану;
• Қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақылап отыру;
Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе айтарым- дәрігер ауру адамды емдейді,ал,аурудың алдын алу әрбір адамның өз тірлігі.

ҚОРЫТЫНДЫ:

Қорыта кететін болсам,жүрек-қан тамыры аурулары әлемнің көптеген дамыған елдерінде денсаулық сақтаудың басты проблемаларының біріне айналып отыр. Ол көбіне ересек адамдарды не мүгедектікке шалдықтырады, немесе өлімге әкеліп соқтырады. Жалпы өлім-жітімнің 52 пайызын жүрек-қан тамыры аурулары құрайды. Европада жыл сайын осы ауру салдарынан шамамен 3 миллион адам қайтыс болса, Ресейде 1 миллион адам, ал Қазақстанда 80 мың кісі осы аурудан көз жұмады.

Қолданған әдебиеттер:

1. Ә.Нұрмұхамбетұлы “ Ұрық дамуы мен балалық шақ аурулардың патофизологиясы ” Алматы 2006 жыл.
2. Ж. Сүндетұлы “ Патологиялық физиология “ Шымкент 1998 жыл
3. К. Жұмаділова, Р.И. Әлібекова, А.И.Хайбуллина, Н.Р.Барқыбаева, М.Б.Селғазина **Ішкі аурулар клиникасындағы кезек күттірмейтін жағдайлар.** - әдістемелік нұсқаулар. Семей. – 2009ж.-106 б.