

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті

Жедел улану. Антидотты терапия

Орындаған: Әшірбекова А.


Мухамедова А.

Курс: 5

Топ: 13-01

Факультет: ЖМ

Қабылдаған: Ахметова Г.Ж.



Жедел улану – бұл шұғыл медициналық көмекті талап ететін жағдай. Жедел уланулар деп өмірлік маңызды қызметтерді бұзуды шақыратын және өмірге қауіп төндіретін көлемде (дозада) адам организміне улы заттардың бір түскенінде дамиды деп дерттерді айтады.

# Жіктемесі:

- жіті улану, созылмалы улану;
- кездейсоқ улану, әдейі улану;
- тұрмыстық улану, өндірістік улану;
- жекебастық улану, топтық улану, жаппай улану;
- удың организмге түсу жолы бойынша – тері арқылы улану, ауыз арқылы улану, инъекциялық улану, ингаляциялық улану және т.б;
- ауырлық дәрежесі бойынша – жеңіл дәрежелі улану, орташа дәрежелі улану, ауыр дәрежелі улану.



**□ Қауіп-қатерлі факторлар:**

психикалық және наркологиялық аурулар,  
психоэмоциялық ауытқымалылық, химиялық  
заттектермен, өнімдермен жұмыс істегенде  
сақтық техникасын орындамау.

# Диагностика критерийлері

## □ Бензодиазепиндерден улану

- **Науқастың шағымдары:** әлсіздік, ұйықтағысы келе беру (ұйқы басу), бас ауыру, тәлтіректен жүру. Токсикологиялық анамнезіндегі мәліметтер.

**Клиникалық әйгіленістер:** тілі күрмеліп баяу сөйлеу, атаксия (тәлтіректеу), уланудың бастапқы кезінде миоз (қарашық кішірейіп кету), есеңгіреу, есінен тану, рефлекстері әлсіреп кету. Ауыр жағдайларда: тыныс алуы тежелу, брадикардия, шок дамуына ұласқан гипотензия, гипотермия, мидың гипоксиялық зақымдануынан туындаған мидриаз.


## □ Нейролептиктерден улану (фенотиазин туындылары; тиоксантен туындылары, бутирофенон туындылары)

- **Науқастың шағымдары:** әлсіздік, ұйқысы келе беру, бас айналу, енжарлық, жүрек айну, құсу, асқазан тұсын ауыр сезіну.

Клиникалық әйгіленістер уланудың ағымы бойынша 2 типке бөлінеді:

- тыныс орталығы функциясының тежелуі басым болып білінетін улану;
- экзоуыттық шокқа ұласатын қантамырлық коллапс басым болып білінетін улану.

1-ші тип 2-ші типке ауысып кетуі де мүмкін. Клиникалық әйгіліністерінде енжарлық, адинамия, ұйқышылдық, жүрісі бұзылу байқалады. Бұлшықет тонусы нашар. Бара-бара ұзақ ұйқы басады. Қарашықтары үлкейген, кейде кішірейіп кетуі мүмкін. Денесі (терісі) және сілемейқабықтары құрғақ. Орташа дәрежелі улану кезінде нерв жүйесінің функциясы әлсіреу фоннда антихолинэргиялық синдром белгілері пайда болады. Желке тұсы бұлшықеттерінің сіресуінен, қарысып қалуынан мәжбүрлі тыжырыну, мойны қисаю, қол-аяқ тартылу т.б. арқылы әйгіленетін бұлшықеттік дистония белгілері болуы мүмкін.

- 
- Атетоз тәрізді құрысқақ болуы мүмкін. Жүрек-қантамыр жүйесінде (ЖҚЖ): ЭКГ-де Т-ирек инверсиялануы, ST жылжып кетуі, артық иректер пайда болуы, кейде экстрасистола шығуы, АВ блокада пайда болуы мүмкін. Тахикардия – 1 минутта 120 рет жүрек соғуы, АҚ (артериялық қысым) төмен, тынысы әлсіреген, ендікпе болуы мүмкін.
  - Ауыр дәрежелі улану кезінде кома дамиды, тыныс бұзылады, түсі бозарған, көгерген, жабысқақ мұздай тер басқан, қарашықтары жарық түсіргенде реакция бермейді, жүрек жұмысы әлсірейді, АҚ түсіп кетеді, тамыр соғуы жиі және клонустық құрысқақ ұстайды.
  - Өлімнің басты себебі тыныстық орталықтың салдануынан және жүректің функциялық жіті жеткіліксіздігінен болады. Ауыр дәрежелі улану кезінде көп жағдайда өкпе ісінуі, кейде ми ісінуі болады. Уланудың асқынуынан нефропатия, қуық бұлшықетінің салдануы, ішектің динамикалық түйнегі, рабдомиолиз, уыттық гепатопатия, өкпенің салдарлық инфекциялық қабынуы дамиды.

## Ацетилсалицил қышқылынан улану

- ❑ **Науқастың шағымдары:** құсу, кейде кофе тұнбасы тәрізді құсық шығу, ендігу, тершеңдік, құлағы шулау, мазасыздық, енжарлық.
- ❑ **Клиникалық әйгіленістер:** организмдегі ҚСТ бұзылуы - алғашқы кезде компенсациялық тыныстық алкалоз дамиды, кейін компенсациялық мүмкіншілік таусылған кезде метаболизмдік (алмасымдық) ацидоз дамиды.
- ❑ Уланудың клиникалық көрінісі екі фазалы болып өтеді:
- ❑ **1-ші фазасы:** дәрі қабылдағаннан кейін кем дегенде 6 сағат өткесін бас ауырады, құлақ шулайды, жүрек жиі соғады, ендігеді дем алуы минутына 50 ден асып кетеді, жүрегі айнады, құсады, психомоторлық қозу (еліру) пайда болады.
- ❑ **2-ші фазасы:** 12 сағат өткеннен кейін – сопор, кома ауыр ендігу, гиперемия, гиповолемия, құрысқақ пайда болады, ішек функциясы бұзылады, гемокоагуляция бұзылады, асқазан мен ішектен қан кетеді, өкпенің кардиогендік емес ісінуі, коллапс дамиды.



# Парацетамолдан улану

- **Науқастың шағымдары:** іші ауыру, жүрек айну, құсу, тәбет жоқтығы, әлсіздік, ұйқысы келе беру.
- **Клиникалық әйгіленістері:** парацетамолдан уланудың клиникалық ағымын 3 сатыға бөлуге болады:
- **I-сатысында** бейспецификалы (телімсіз) симптомдар парацетамолды қабылдағаннан кейін 14 сағат ішінде білініп әрі қарай бірнеше тәулік бойы сақталуы мүмкін. Көп жағдайда асқазан-ішек бұзылыстары басым болып білінеді. Орталық нерв жүйесі (ОНЖ) функциясы айтарлықтай әлсіремейді. Бауыр зардапталу белгілері жоқ, аминотрансферазалардың деңгейі қалыпты шамада болады.

**II-сатысында** олардың деңгейі жоғарылайды, сонымен қатар билирубин деңгейі жоғарылауы, протромбиндік уақыт ұзаруы мүмкін. Егер 2 тәуліктен кейін бауыр функциясының көрсеткіштері қалыпты деңгейде қалса, көп жағдайда, бауырдың айтарлықтай зардапталмағандығын білдіреді.

**III-сатысында** ЛДГ, АЛТ, билирубин деңгейі жоғарылайды, ең айқын байқалатыны үшінші-бесінші күндер аралығы. Протромбиндік уақыт ұзарады, соның салдарынан қан ағу болуы мүмкін. Миокард және бүйрек зардапталуы мүмкін, бірақ бұл ағзалардың зардапталуы бауырдыкімен салыстырғанда әлдеқайда жеңілдеу. Ауыр жағдайларда бауырдың некроздық зақымдану симптомдары білінеді: сарғаю, гипогликемия, қан ұйығыштығы бұзылу, энцефалопатия.

# β-адреноблокаторлардан улану (адренобөгеуіштерден)

- **Клиникалық әйгіленістері:** препаратты уытты мөлшерде қабылдағаннан кейін жүрек соғуының жиілігі және ырғағы бұзылады (брадикардиялық тип) кейде жаппай бөгеліс дамиды, миокард әлсіздігі, сонымен қатар дозасына және организмнің бастапқы жағдайына байланысты артериялық қысым түсіп кетеді (немесе көтеріліп кетеді), кардиогендік шок немесе өкпе ісінуі дамиды. Бронхоспазм пайда болады, соның салдарынан диспноэ (тыныс алу бұзылуы), цианоз (көгеріп кету) білінеді, ацидоз, гипогликемия дамиды. Шаршағандық, бас ауыру, жүрек айну, іш өту, аузы құрғап кету, өте сирек жағдайда – депрессия, галлюцинация, еліру, құрысқақ, көруі бұзылу байқалады. Бета адреноблокаторлардан уланудың ауыр дәрежеде білінуі негізінен кардиоуыттылық әсердің күштілігімен байланысты.
- **Жеңіл дәрежелі улану:** науқастың есі түзу. Кейде жүрек айнады, құсу сирек кездеседі, аздаған брадикардия (жүрек соғуы минутына 50-55 рет), артериялық қысым қалыпты деңгейде болады. ЭКГ-дан синустық брадикардия бары, кей жағдайда 1-ші дәрежелі АВ-блокада (PQ 0,22-0,26 сек.) байқалады.

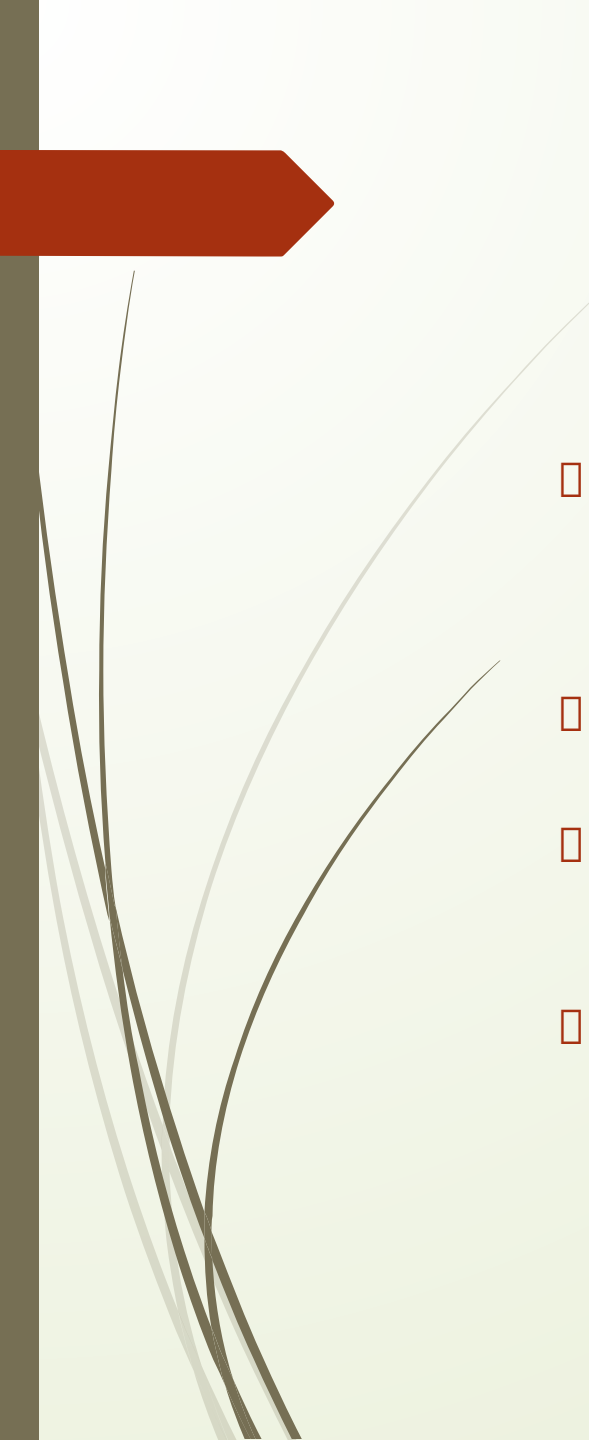
**Орташа дәрежелі улану:** сәл айқындау брадикардия (пульс минутына 40 рет) байқалады, мұндайда жүрек лықсытуы азаю синдромының орташа белгілері білінеді, тамыр серпуі жұмсақ болады, тері түсі бозғылт, шамалы мәңгірегендігі байқалады. Артериялық қысым шамалы төмендейді – 100/60-90/60 мм сын. бағ. ЭКГ-дан синустық брадикардия (жүрек соғуы минутына 45-55 рет), жүректің синоатриялық өткізгіштігі бұзылуы, қарыншаішілік өткізгіштік бұзылуы Гис будасы тармағының жартылай немесе толық блокадасы (QRS 0,12 сек-қа дейін) арқылы байқалады, қан құрамындағы калий деңгейі сәл азаюынан миокардта метоболизмдік өзгерістер барын көруге болады. Орталық гемодинамика бұзылады: қанның лықсытылған көлемі, минуттық көлемі сәл азаяды немесе қалыпты болады, жалпы перифериялық тамырлық кедергі (ЖПТК) компенсациялық механизм арқылы артады. Жүректің жиырылғыштық функциясы (ЖЖФ) 20-30% төмендейді.

**Ауыр дәрежелі улану:** клиникалық ағымның ауырлығы жүректің жиырылу күшінің азаюымен және кардиогендік шокпен байланысты. ЭКГ-да қауіпті формада айқын ПКЭ байқалады - Гис будасы тармақтарының бірі толық блокадаға шалдығуынан QRS ирегі 0,12 сек-тан артық және деформацияланған. Синустық брадикардия (жүрек соғуы минутына 40 реттен кем). Сирек түйіндік ритмге ауысып кету қаупі бар, ұзақ кезеңді асистолиялы (1:3-1:4), 2-ші дәрежелі, 2-ші типті СА және АВ блокадалар дамуы мүмкін. Аталған бұзылыстардың салдарынан жүрек кенеттен тоқтап қалуы мүмкін.

Кардиогендік шок симптомдары: азтолымды сирек пульс, тері түсі бозарып (мәрмәр тәріздені) кетуі, мидриаз, ауық-ауық есінен тану, артериялық қысым түсіп кетуі байқалады. Жүрек лықсытуы төмендейді және жалпы перифериялық тамырлық кедергі (ЖПТК) 2,5-3,5 есе артып кетеді, жүректің жиырылғыштық функциясы (ЖЖФ) 50-70% төмендейді. Гомеостаз бұзылыстары шоктық жағдайды бейнелейді – гипокалиемия, ацидоз, қанның оттектік градиент көрсеткіштері төмендейді.

# Детоксикациялық (уыттануды қайтару) ем:

- Құстыру арқылы асқазанды тазарту (егер қарсы көрсетілімдер болмаса түтік арқылы асқазанды жуу);
- Ішекті тазарту: макрогол 4000 3-4 литр немесе тазарту клизмасын жасау; неостигмин 0,05% 1,0 бұлшықетке;
- Активацияланған көмір ішкізу – 1 г/кг дене салмағына;
- Гемодилюция (инфузиялық ем): коллоидты, кристаллоидты ерітінділер, көрсетімдер бойынша көлемдегі форсирленген диурез;
- Антидоттық заттектер (уытқайырғы заттектер) уыттандырған агенттің түріне байланысты тағайындалады:
- - бета-адреноблокаторлардан уланған жағдайда позитивті инотропиялық әсері бар глюкагон тағайындалады (бастапқы дозасы 4-10 мг венаға).
- - нифедипиннен, верапамилден, дилтиаземнен уланғанда кальций препараттарын (кальций глюконаты 2-3 г) жоғары дозалы мөлшерде венаға құяды, адреномиметиктер тағайындалады. Егер улану ұзақ әсерлі препараттан болса ішекті шаю емшарасы жасалады;
- - бензодиазепиндерден уланғанда берілетін уытқайырғы (антидот) – флумазенил. Оның 0,3 мг-ын венаға 15 сек. ішінде құю керек, және бұл препаратты әр минут сайын қайталап құюға болады, жалпы құйылатын дозасы 2 г-ға дейін. Флумазенил қысқа мерзімді әсер етеді;
- - парацетамолдан уланғанда ацетилцистеин беріледі, ішкізу арқылы 140 мг/кг, дене салмағына, немесе вена арқылы 20% ерітіндіні декстрозаның 5% ерітіндісіне қосып құяды (150 мг/кг дене салмағына). Уыттық гепатопатия дамып кетпеу үшін гепатопротектор (бауырқорғауыш) дәрілер тағайындалады.
- - ауыр дәрежелі улану жағдайында, көрсетілімдерді ескере отырып, детоксикациялық гемосорбция, гемодиализ, плазмоферез, қанға лазерлік ем жасалады.

- 
- **Симптоматикалық ем** жүргізу негізінен ағзалар мен жүйелердің (тыныстық жүйенің, жүрек-қантамыр, нерв жүйелерінің, асқазан-ішек жолдарының) уыттық зардапталу симптомдарын басуға, қышқылдық-сілтілік және су-электролиттік балансын қалпына келтіруге бағытталады:
  - - ацетилсалицил қышқылынан уланғанда Н2-блокаторлар: ранитидин, омепразол; антацидтер: смектит тағайындалады;
  - - психомоторлық қозу, еліру білінген жағдайда седативті (тыныштандыратын жұбатқы) препараттар тағайындалады: диазепам 5-10 мг/венаға, ГОМҚ (гаммаокси май қышқылы);
  - - тамырішілік шашыранды ұю (ТШҰ) синдромы дамыған жағдайда, даму сатысына байланысты гемостатиктер (қантоқтатқылар), антиагреганттар, антикоагулянттар тағайындалады, қан препараттарын (жаңа тоңазытылған плазма, криопреципитат) тамырға құяды.