

Интерннің өзіндік жұмысы



Балалардағы миокард инфаркты

F5-ТЫ БАСЫП КАРАНЫЗ

Жоспар :

I.Кіріспе.

II.Негізгі бөлім.

Балалардағы миокард инфаркты: анықтамасы

Этиологиясы

Классификациясы

Диагностикасы

Балалардағы ЭКГ ерекшеліктері

Емі

III.Қорытынды.



Анықтамасы

Миокард инфаркті (МИ) – жіті коронарлы қан айналымның жетіспеушілігінің нәтижесінде дамидын жүрек бұлшықетінің ишемиялық некрозы.

МИ мүгедектікке және өлімге алып келетін себептерінің бірі болып табылады.

МИ соңғы жылдары аурудың өршуі байқалуда, әсіресе жас және орташа жас буындарда кездеседі.

МИ-нан ауруханалық өлімшілділігі төмендегімен, бұл аурудан осы уақытқа шейін жалпы өлімділік жоғары болып отыр. Жалпы ауырғандар ішінде 30-50% құрайды. Өлімділік жағдайдың көбісі ауруханаға дейін орын алады.

Миокард инфаркты

Коронарлық қанайналымның жеткіліксіздігінен жүрек етінде ишемиялық некроз пайда болуын миокардтың инфаркты дейді.

Оның негізгі пайда болу себебі болып көпшілік жағдайларда (90%-ға жуығы) тромбозбен ушыққан коронарлық артериялардың атеросклерозы есептелінеді. Кейде миокардтың инфаркты коронарлық артериялардың спазмы нәтижесінде, кейде олардың тромбылардан үзілген эмболмен бітелуінен дамуы мүмкін.

Адамда миокардтың инфаркты дамуына қолайлы жағдай болып тұқым қуалаушылыққа бейімділік, артериялық гипертензия, семіру, қантты диабет және аз қозғалыспен атқарылатын ой жұмысы, темекі шегу ж. б. есептеледі.

Миокардтағы некроз ошағы жалпы жүрек қызметіне қолайсыз әсер етеді, жүректің ырғағы бұзылады, оның насостық қызметі төмендейді. Бұл бұзылыстардың дәрежесі мен түрлері инфарктың мөлшеріне және орналасқан жеріне байланысты.

Миокард инфаркты трансмуралдық (жүректің барлық қабаты бүлінген), интрамуралдық (миокардтың іші бүлінген), субэндокардтық (эндокард асты), субэпикардтық (эпикард асты бүлінген) болады және жиі сол қарыншада орналасады. Ол майда ошақты немесе ірі ошақты болуы мүмкін.

Этиологиясы:

Балаларда миокард инфаркты көп кездесе бермейді. Үлкендерде миокард инфаркты себебі коронарлық артерия атеросклероздық зақымдануы болса, балаларда бұл этиологиялық фактор жиілігі бойынша соңғы орында. Инфаркт жиі себебі коронарлық артериялардың қабыну аурулары- коронарит және коронарлық артериялардың аномалиялық дамуы.

Классификация

МИ қазіргі заманға жіктелуі бөлінуі былай қарастырылады:

- Жүрек бұлшықетінің тереңділігімен ауқымдылығына байланысты зақымдалуы;
- Ауру ағымының сипатына байланысты;
- МИ орналасуына байланысты;
- Ауру сатысына байланысты;
- МИ асқынуына байланысты.

Жүрек бұлшықетінің тереңділігімен ауқымдылығына байланысты зақымдалуы бойынша:

1. Трансмуральды МИ.
 2. Трансмуральды емес деп бөледі
-

1. Трансмуральды МИ (Q тішелі миокард инфаркті) некрозды ошақ жүрек бұлшықетінің субэндокардиальды субэпикардиальды миокард қабатының барлық жағынан зақымдалуы немесе кейбір үлкен бөліктерінің ЭКГ бетінде электрокардиологиялық әкетулерде патологиялық Q тішесі не QS комплексінің пайда болуы. Осыдан МИ трансмуральды синонимі – «Q тішелі инфаркт миокарды» шығады. Осы әдетте, мұндай зақымданулар жүрек бұлшықетінің көлемді және некроз ошақтарының 2 немесе оданда көп сол қарыншалық сегменттеріне таралуы (МИ ірі ошақты).

2. Трансмуральды емес МИ (Q тішесіз миокард инфаркті) некрозды ошақтар тек сол қарыншаның (СҚ) субэндокардиальды немесе интрамуральды бөліктерін және QRS комплексінің патологиялық өзгерістерімен жүреді («Q тішесіз миокард инфаркті»).

Ұзақ уақыт бойы көптеген әдебиеттерде Q тішесіз миокард инфарктін «ұсақошақты миокард инфаркті» термині қолданылып келді. Шынында, көп жағдайда ағымына байланысты трансмуральды инфарктіне қарағанда, Q тішесіз миокард инфаркті азырақ кездеседі, бірақ өте сирек кездесетін ауқымды субэндокардиальды МИ тек миокардтың субэндокардиальды қабатын қамту арқылы СҚ бірнеше сегменттеріне таралуы.

Аурудың ағымына байланысты

- 1. Біріншілік** анамнезінде МИ бұрын ауырған және аспапты тексерулерде МИ белгілерінің болмауымен анықталады.
- 2. Қайталамалы** МИ тек мына жағдайда, науқаста бұрын МИ ауырған туралы құжаттық мәлімет болса және айқын жаңа некроз ошақтарыны пайда болғанда анықталады.
- 3. Рецидивті** МИ клинико-зертханалық және аспапты зерттеу белгілердің, МИ дамығаннан кейін мерзімі 72 сағаттан (3 тәулік) 28 күнге дейін жаңа некроз ошақтарының пайда болуымен және оның негізгі үрдістерінің тыртықтануымен аяқталуы.

Аурудың сатысының ағымына қарай

- Қасқағым кезең – МИ дамығаннан 2 сағ дейін;
- Жіті кезең – МИ дамығаннан 10 күнге дейін;
- Жітілеу кезең – 10 күннен бастап 4-8 аптаның соңына дейін;
- Инфаркттан кейінгі кезең – 4-8 аптадан кейін.

Миокард инфарктісінің атипиялық түрлері.

- 1.** Абдоминальдық (гастралгиялық) түрі 3% жағдайда сол жақ қарыншаның артқы қабырғасының инфарктісінде (диафрагмалық) байқалады, ауырғандық семсерше өсіндінің астында және эпигастрийдің жоғары бөлігінде орналасады. Ауырғандық екі жауырынға, жауырын аралығына тарайды. Ауырғандыққа қоса жүрек айну, құсу, ықылық ату, кекіру сияқты диспепсиялық белгілер болады. МИ бұл түрін көбіне іш теспесінен айыра білу керек.
- 2.** **МИ астматикалық түрі** егде жастағы адамдарда және емізікше еттер некрозданып, кейін митральдық кемістік пен өкпе артерияларында қан қысымы көтерілетін адамдарда байқалады. МИ бұл түрінде сол қарыншалық жедел жүрек әлсіздігінің көріністері – жүрек тұншықпасы және өкпе шеменінің клиникалық көріністері байқалады.
- 3.** Екі қарыншаның миокард инфарктісінде науқас адамдарда оң қарыншалық жүрек әлсіздігінің белгілері (өте тез, «себепсіз» пайда болатын тахикардия, цианоз, бауырдың өсуі, мойын веналарының ісінуі, сирек – сирақта ісінудің пайда болуы) көрініс береді.

МИ аритмиялық түрі көлемді, трансмуральды және қайталаған инфарктіде, әсіресе егде тартқан адамдарда кездеседі, жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылыстары және оларға сәйкес симптомдармен сипатталады. Көбіне қарыншалық тахикардия, қарынша үстілік тахикардия, пароксизмальды жыбыр аритмиясының ұстамалары, жедел туындайтын Гис будасы сабағының блокадасы кездеседі. Жиі аурудың бастапқы сатысында Морганьи – Адамс – Стокс синдромы байқалады. Көп жағдайда бұл вариант гипотензиямен, аритмиялық шокпен немесе жедел жүрек әлсіздігімен асқынады. Клиникалық ерекшелігіне ми ишемиясының белгілерінің (бас айналу, құлақ шулау, көздің алды қарауытуы, талма күй) болатыны жатады. Инфарктінің бұл вариантының болжамы жағымсыз болып келеді.

МИ коллаптоидтық түрі қайталаған, аумақты трансмуральды инфарктіде кездеседі, жүрек тұсының ауыруы болмайды, кенеттен болатын талма күй, бас айналуы, көз алдының қарауытуы, АҚҚ түсіп кетуімен сипатталады. Науқас адамды салқын тер басады, тахикардия болады, аритмия болуы мүмкін, пульс толықтығы әлсіз болып келеді. Ауру адам есінен танбайды.

МИ цереброваскулярлық түрі 4-8% жағдайда ми тамырларының айқын атеросклерозы бар адамдарда кездеседі және инфарктінің бұл түрінің клиникалық белгілері ми ишемиясына байланысты туындайды. Аурудың клиникасында ми қан айналысы бұзылуының (талма, бас айналуы, жүрек айну, құсу, ошақты неврологиялық симптоматика тәрізді) белгілері көрініс береді. Кейбір науқас адамда өзінің күйін сын көзбен бағалай алмаушылық, галлюцинация, кейде психоз түріндегі психикалық өзгерістер байқалады.

Диагностикасы

1. Анамнез (биологиялық, әлеуметтік, генеологиялық)
2. Шағымдары анасынан сурап
3. Лабораториялық көрсеткіштер (ЖҚА, ЖЗА, БҚА)
4. Зерттеу әдістері (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ жүрекке)



Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез

Миокард инфарктінің негізгі клиникалық белгісі ангинозды ауыру сезімі, ол осы сезіммен 90-95% жағдайда басталады.

Ангинозды түрден басқа миокард инфаркті болжам белгісіне және жедел жәрдем көрсету әдістері, ұзақтығына, пайда болу сипатына қарай әртүрлі ауыру сезім түрлері болады.

Миокард инфарктінде ангинозды ауыру сезімнің сипаттамасы стенокардияға ұқсас болып келіп, тек ол ауыру сезімнің қарқындылығы күштірек «қанжар сұққан тәріздес», жұлынып, жыртылғандай, күйдіргендей болады.

Ауыру сезім толқынды түрде дамиды, бірыңғай төмендейді бірақ толығымен жойылмайды.

Ангинозды ауыру сезімнің орналасуы – көбіне кеуде артында, сол жақ кеуде қуысының тереңдеген бөлігінде немесе құрсақ үстінде.

Ангинозды ауыру сезімінің иррадиациясы сол жақ жауырынға, иыққа, қол қырына, саусаққа беріледі.

Миокард инфарктінде ангинозды ауыру сезімнің басталуы – күтпеген жерден, көбіне таңертеңгілік сағаттарда, ұзақтығы – бірнеше сағат. МИ нитроглицеринді сублингвальды қайталамалы қабылдағанда ангинозды ауыру сезім басылмайды. Миокард инфарктінде ангинозды ауыру синдромының даму ерекшелігі оның ауру ағымына, орналасуына және науқастың жасына байланысты. Жас науқастарда 90% жағдайда ангинозды статус айқын көрінеді. Егде жастағы науқастарда 65% көбіне кеуде артындағы ауыру сезім, МИ-нің жіті кезеңінде 25% жағдайда мүлдем болмай, ауыр түрде өтеді. Көп жағдайда ауыру сезім толық нитроглицеринмен, ал кейде қайталамалы наркотикалық анальгетиктермен инъекциялағанда жойылмайды.

МИ ауырудың күшіне қарай салыстырмалы ауыр емес түрінен өте ауыр шыдатпас сезімге дейін апарады. Науқастар көбіне қысылғын, басылған, жиі – қызынған, кесілген және соққылаған ауыру сезімдеріне шағымданады. Кейде ауыру сезім кеуде қуысының барлық жағынан алып жатады.

Құрсақүсті аймақта орналасқан ауыру сезімнің төменгі (артқы) МИ-на тән. Атипті вариантында ауыру сезім иррадиация аймағында орналасуы мүмкін, мысалы – сол колда. Ауыру сезім күшімен, ұстаманың ұзақтығына байланысты инфаркт көлеміне сәйкес келмейді.

МИ ауыру сезімінің ерекшелігінің сипаттамасы оның айқын эмоциональды болуы. Ол қорқынышпен, қозғыштықпен сезімдермен жүреді. Сонымен қатар ауыру синдромы жойылған, айқын емес және стенокардияның кәдімгі ұстамасымен жасырын түрінде өтеді. Көп жағдайда ұстама өздігінен өтуі мүмкін.

Митральды ауысуында қанда дағдылы түрлері – демікпелік, абдоминальды, аритмиялық, цереброваскулярлы немесе симптомсыз – таза күйінде жиі кездеседі.

Демікпелік түрі көбіне науқастардың көлемді қайталамалы МИ көрінеді. Сонымен қатар жүрек бұлшықетінің ауқымды зақымдалуынан жіті сол қарыншалық жетіспеушіліктің тез клиникалық белгілері дамиды. Көп жағдайда осы үрдіске емізікше бұлшықеттер қатысып, митральды регургитациясының пайда болуынан митральды қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі дамиды.

Абдоминалды түрі ауыру синдромының орналасуы құрсақүстілік аймақта және диспепсиялық бұзылыстарымен сипатталады. Ауру ағымының бұл түрін жедел панкреатитпен, перфоративті жарамен мезентериальды қан тамырларының тромбозымен салыстыру қажет.

Аритмиялық түрі. Клиникалық көрінісі айқын ырғақтың және өткізгіштің бұзылулары түрінде көрінеді – суправентрикулярлы пароксизмдер не қарыншалық тахикардиялар, толық атриовентрикулярлы блокадалар. Аритмия жиі АҚ айқын төмендеуімен бірге жүреді.

Цереброваскулярлы түрі көбіне ми қан айналымының бұзылыстары бар егде жастағы науқастарда кездеседі. Ол көбіне естен тану, бас айналу, жүрек айну, құсу сияқты, кейде – өтпелі ми қан айналым бұзылуының белгілерімен көрінеді. Көбіне МИ науқастарда минимальды шағымдармен өтеді немесе олардың мүлде болмайды.

ЗАПОМНИТЕ ГЛАВНЫЕ ПРИЗНАКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА



Интенсивная боль



Боль не прекращается после приема нитроглицерина



Продолжительность боли более 15 минут

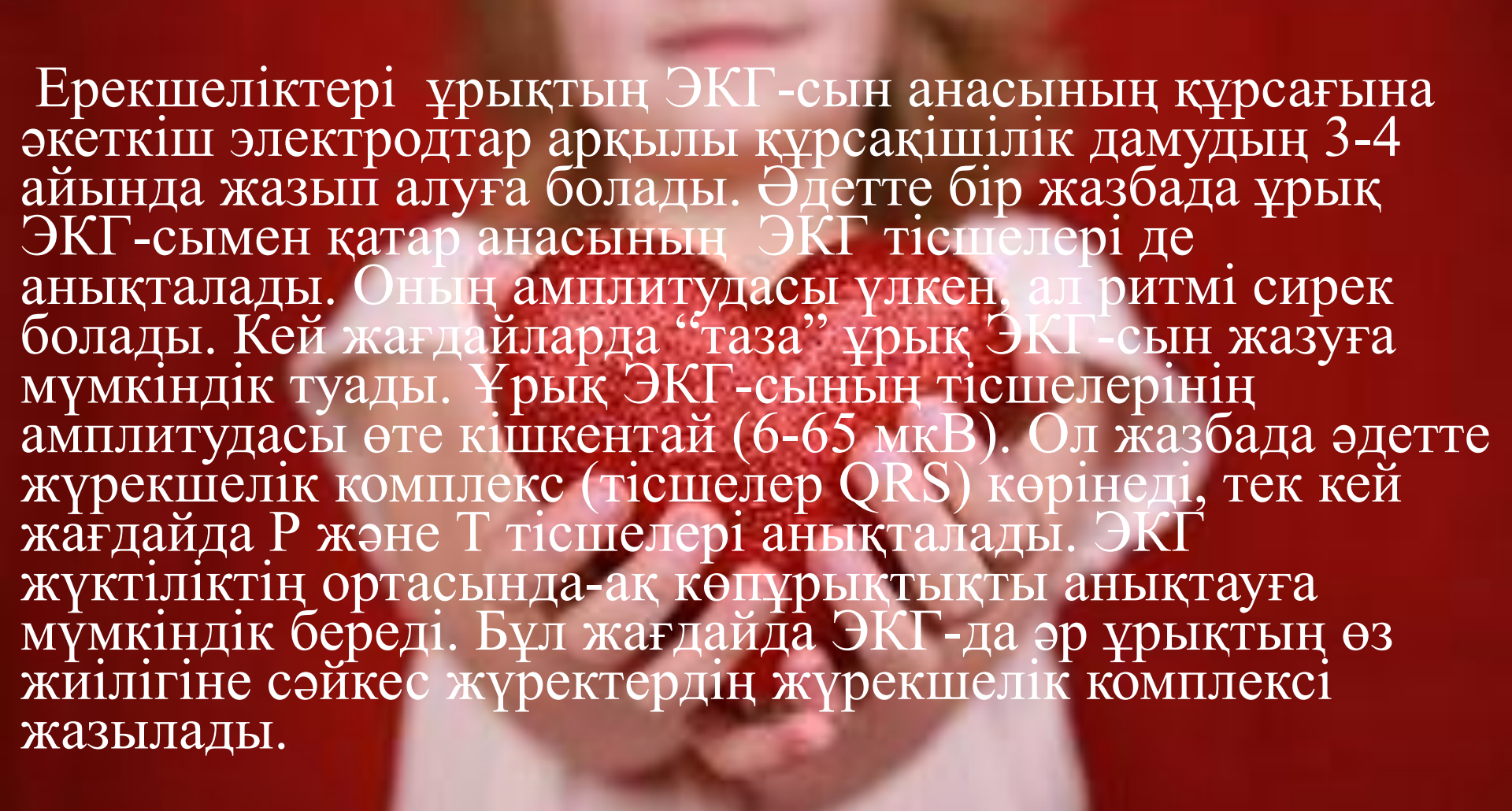
Инструменталдық зерттеу

Электрокардиограмма жүрек бұлшықетіндегі некроз ошақтарын, оның тереңділігін және орналасуын, инфаркталды аймақ жағдайын, үрдіс динамикасын анықтауға мүмкіндік береді. ЭКГ әкетулерде некроз аймағында орналасқан активті электрод, патологиялық Q тісшесінің түзілуі және R тісшесінің биіктігінің төмендеуі не оның толық жойылуы.

□ Электрокардиографиялық белгілерді жүйелі түрде көруге болады:

- Патологиялық Q тісшесінің болуы;
- Некрозды аймаққа жақын болған сайын R тісшесінің амплитудасының төмендеуі;
- T және QRS комплексінің дискорданттылығы;
- T тісшесінің және ST сегментінің ығысу дискорданттылығы;
- Гис шоғырының сол жақ аяқшаларының блокадасының пайда болуы.

Субэндокардиальды МИ ЭКГ-да Q тісшесінің болмауы, қатысты әкетулерде изоэлектрлы сызықтан ST сегментінің 2 мм төмендеуі. T тісшесінің инверсиясы.



Ерекшеліктері ұрықтың ЭКГ-сын анасының құрсағына әкеткіш электродтар арқылы құрсақішілік дамудың 3-4 айында жазып алуға болады. Әдетте бір жазбада ұрық ЭКГ-сымен қатар анасының ЭКГ тісшелері де анықталады. Оның амплитудасы үлкен, ал ритмі сирек болады. Кей жағдайларда “таза” ұрық ЭКГ-сын жазуға мүмкіндік туады. Ұрық ЭКГ-сының тісшелерінің амплитудасы өте кішкентай (6-65 мкВ). Ол жазбада әдетте жүрекшелік комплекс (тісшелер QRS) көрінеді, тек кей жағдайда Р және Т тісшелері анықталады. ЭКГ жүктіліктің ортасында-ақ көпұрықтықты анықтауға мүмкіндік береді. Бұл жағдайда ЭКГ-да әр ұрықтың өз жиілігіне сәйкес жүректердің жүрекшелік комплексі жазылады.

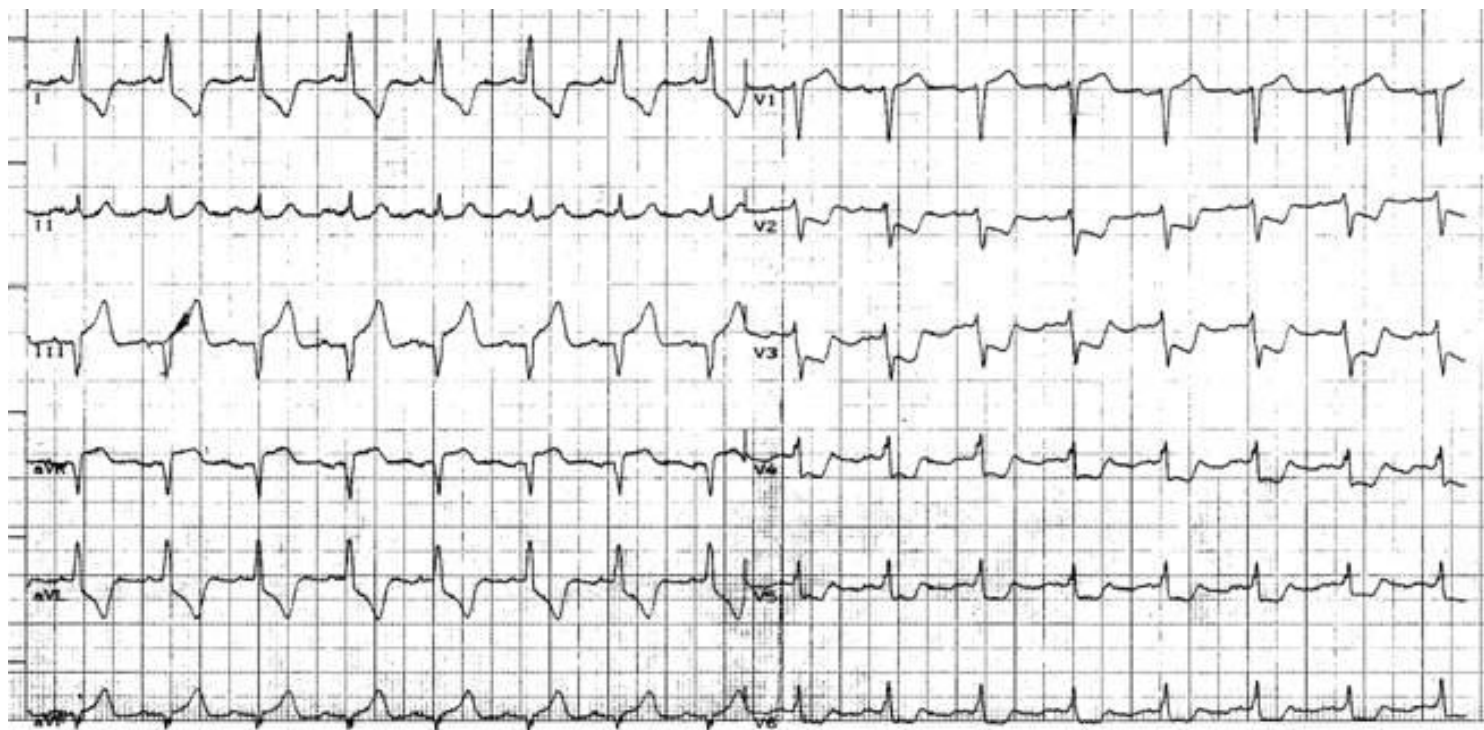
Балалардағы ЭКГ айырмашылығы

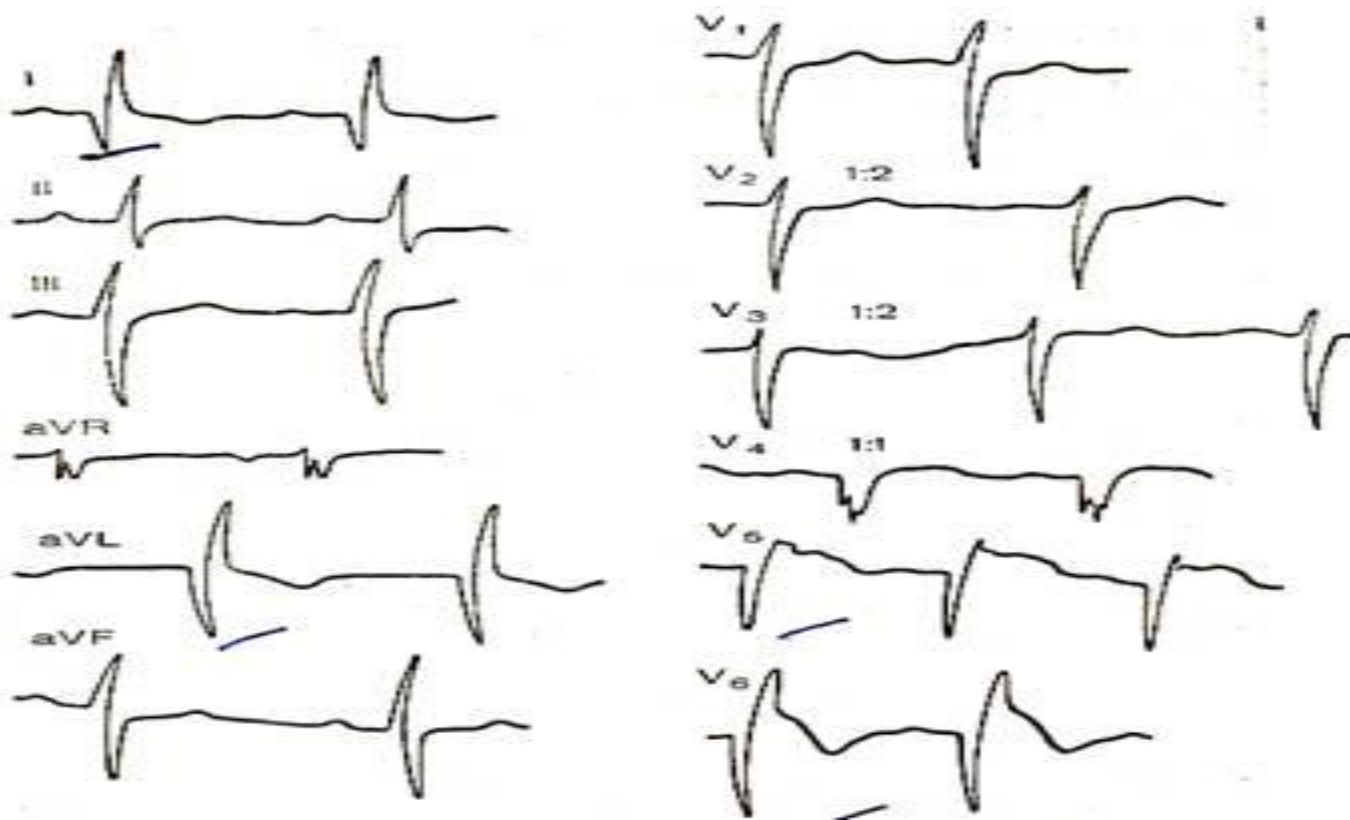
Нәрестелердегі ЭКГ ерекшеліктері. Нәрестелердің ЭКГ-сында келесі ерекшеліктер болады. Олардың жүрек ритмі синустық тұрғыда болады және ол лабильділікпен сонымен қатар салыстырмалы брадикардиямен (минутына 120 рет) сипатталады. QRS жүрекшелік комплексінің вольтажі салыстырмалы үлкен емес, бұл миокардтың электрлік белсенділігінің төмендегенінің дәлелі. ST сегменті изоэлектрлік сызықта орналасқан. Электрлік систола салыстырмалы үлкен емес (0,27 сек.), орта есеппен бүкіл жүректің циклдың 56%-ын құрайды. Нәрестелерде I стандарттық әкеткіште R тісшесі кішкентай, ал S тісшесі терең болады. Оның амплитудасы R тісшесінің амплитудасынан 2-3 есе үлкен. III-ші стандарттық әкеткіште керісінше R тісшесі үлкен амплитуда, ал S тісшесі кіші амплитудада болады. Бұл дегеніміз жүректің электрлік осьі оңға жылжыған (оңдықграмма, бұрыш- α 90° -тан жоғары). Оңдықграмма оң жүрекшеліктің миокард массасының салыстырмалы жоғарлағанын көрсетеді. Сонымен қатар нәрестелерде P және T тісшелері (R тісшесіне қарағанда) салыстырмалы жоғары. R тісшесі P тісшесінен 3 есе жоғары, ал ересектерде-8 есе. Нәрестелердегі жоғары P тісшесі қарыншаның массасының салыстырмалы жоғарлығын көрсетеді. Нәрестелерде PQ интервалының көлемі (0,11 сек.) ересектермен салыстырғанда (0,15) аз. Сонымен қатар QRS комплексінің ұзақтығы да (0,04 сек.) ересектерден (0,08 сек.) төмен. Туғаннан кейін 4-5 күнде Нәрестенің жүрек жиырылу жиілігі, P және R тісшелерінің амплитудасы, QRS комплексі өзгермейді. Ал 7-9 күнде жүректің жиырылу жиілігі жоғарлайды (минутына 136 рет) сонымен қатар QRS комплексінің амплитудасы мен ені (0,05 сек.) және P;R тісшелерінің бірінші, екінші, aVL және V6 әкеткіштерінде амплитудасы үлкейеді. Электрлік осьтің оңға жылжуы сақталады (еңкею бұрышы- 122°) Электрлік систола (0,255 сек.) төмендейді, T тісшесінің амплитудасы (стандартты әкеткіштерде жоғарлайды).

ТУҒАННАН КЕЙІН 10-15 КҮНДЕ.

Нәрестелерде жүректің жиырылу жиілігі (минутына 146 рет) одан да жоғарылайды. QRS комплексінің және R, P, T тісшелерінің амплитудасы бірінші, екінші, aVL, V5, V6 әкеткіштерінде жоғарылайды. P-Q интервалының ұзақтығы және QRS комплексінің ені (0,056 сек.) үлкейеді. Электрлік систола ұзақтығы (0,244 сек.) төмендейді. Омырау жасындағы балаларда. I айдан- I жасқа дейін ЭКГ вариабельділікпен ерекшеленеді. Жүректің жиырылу жиілігі минутына 100-160 рет шамасында болады. R-Q интервалы 0,08-0,16 сек. QRS комплексінің ені 0,04-0,07 сек. Q-T интервалының ұзақтығы 0,22-0,29 сек. шамасында. Омыраудағы балаларда сол жақ жүрекшесінің қарқынды өсуіне байланысты жүректің электрлік осьі солға қарай ығысқан болады. Бұл құбылыс жүрек орнының өзгеруіне қарамастан іске асады. Яғни бұл жағдайда жүрек ұшы төмен түскенде, әдетте электрлік осьтің оңға ығысуымен көрінуі тиіс. Сәйкесінше омыраудағы балаларда I және II әкеткіштерде P тісшелерінің жоғарлауы, ал III әкеткіште R тісшесінің төмендеуі байқалады. R тісшесі уақыт өте P тісшесінен 6 есе жоғарлайды. Сонымен қатар T тісшесінің салыстырмалы үлкеюі байқалады. PQ, QRS, QT интервалдары сәл үлкейеді. Жиі балалардың 3-4 айында оңдықграмма нормограммаға ауысады. 1 жастағы балаларда оңдықграмма (45%-ында) мен қатар нормограмма да (35%-ында) анықталады. Сирек солдықграмма тіркеледі. Ерте және алғашқы балалық шақтағы ЭКГ ерекшеліктері. 1 жастан-7 жас аралығында жүректің жиырылу жиілігі минутына 110-120 рет. R-Q интервалының ұзақтығы 0,1-0,15 сек. QRS комплексінің ұзақтығы 0,04-0,07 сек. Q-T электрлік систоланың ұзақтығы 0,24-0,3 сек. R тісшесінің P тісшесімен салыстырғанда өсуі жалғасады. Q тісшесі азайып, T тісшесі жоғарылайды. III-ші стандарттық әкеткіште ол әдетте тері немесе қос фазалы болады. 4-6 жас аралығындағы жастар. PQ интервалы, сонымен қатар QRS комплексі ұзарады. Жүректің жиырылу жиілігі минутына 95-100 рет. P-Q интервалының ұзақтығы 0,11-0,16 сек. Алғашқы балалық шақта жиі нормограммалар мен оңдықграммалар кездеседі. Омыраудағы балалармен салыстырғанда оларда солдықграмма жиілеу тіркеледі. Жүректік цикл ұзақтығының вариациясына қатысты-синустық аритмия қалыптасатына байқалады.

Рис. 1. ЭКГ больного с трансмуральным инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка и реципрокными изменениями в грудных отведениях.





ЭКГ ребенка Г., 3-х месяцев с АОЛКА от ЛА
и верхушечно-боковым инфарктом миокарда.

Лабораторлы зерттеу

- ❖ Экспресс тест көмегімен Т тропининін анықтау.
- ❖ Кардиомиоциттер некрозына көбіне спецификалық маркерлер және сезімтал болып, I және T тропониндерінің концентрациясының жоғарлауы болып табылады.
- ❖ Қалыпты жағдайда кардиоспецификалық тропониндер қанда анықталмайды немесе олардың концентрациясы минимальды белгілерден аспайды.
- ❖ Кардиомиоциттердің некрозы салыстырмалы түрде I және T тропониндерінің концентрациясы тез және айқын жоғарлаумен жүреді.
- ❖ Ангинозды ұстамадан кейін тропониндер деңгейінің жоғарғы шекарадан 2-6 сағаттан кейін жоғарлауы және жоғарғы деңгейде инфаркт басталғаннан 1-2 апта бойы сақталынып тұрады.

МИ емінің жалпы принциптері:

- 1) бұзылған коронарлық қан айналысын қалпына келтіру және зақымданған коронарлық артериялардың өткізгіштігін сүйемелдеу;
- 2) зақымданған ошақ ауданын шектеу;
- 3) өмірге қауіпті асқынулардың алдын алу және емдеу.

Емдеу шаралары дәрілік және дәрілік емес емдер болып бөлінеді. Дәрілік емес емдеу шараларына қауіпті факторларды жою (шылым шегуді тоқтату, дене массасын қалпына келтіру, АҚҚ қалпына келтіру) және диетаны сақтау (құрамында қаныққан май қышқылдары аз, қанықпаған май қышқылдары көп тамақты қолдану, жеміс пен көкөністі көп қолдану) жатады.

МИ ауыратын адамдарды емдеу стационарға дейін көмек көрсетуден, стационарлық емнен және стационардан кейін емдеуден (санаторий, поликлиника) тұрады.

Емдеу мақсаты: өмірге маңызды ағзалар мен жүйелердің қызметін қалпына келтіру, (гемодинамиканы тұрақтандыру, жүрек ритмінің коррекциясы).

Дәрі-дәрмексіз ем: физикалды және эмоциональды тыныштық.

Дәрі-дәрмектік ем

1. Нитроглицерин таблетка немесе аэрозоль 0,4-0,5 мг сублингвальды. Тиімділігі жетіспегенде қайталау; изокет-аэрозоль 1-2 дозада. Тиімділігі жетіспегенде қайталау.

2. Ацетилсалицил қышқылы шайнау.

3. Оксигенотерапия.

4. Ауыру сезімін басу үшін (айқын ауыру сезімге, жалпы жағдайына, жасына байланысты) Морфин 10 мг 2-4 мг бөліп к/т еңгізу (тыныс жиілігінің 1 минутына 10 - 12 рет төмендеуі қарашықтың тарылуы, АҚ төмендеуі). Фентанил күшті тез ауыру сезім басатын белсенділігі ұзақ әсер етпейтін, парасимпатикалық тонусты көтеретін, жүрек жиырылу қабілетін аздап төмендететін, тынысты тежеу мүмкіндігі бар, бронхоспазм мен брадикардияға алып келетін қасиетке ие препарат. Прометазин – салыстырмалы түрде әлсіз ауыру сезімді басатын әсер береді. Аздап тынысты тежейді. Дәріні 50 мг дозада 2 этапта к/т баяу еңгізеді.

Нейролептоанальгезия жүргізу үшін наркотикалық анальгетиктерді нейролептиктермен бірге қолданады (жиі дроперидолмен).

Дроперидол - ес-түсі сақталынған жағдайда, әртүрлі тітіркеніштерге жауап бермейтін, нейролепсия жағдайын шақыратын препарат. Препараттың әсер ету механизмі ОЖЖ афферентті импульсті үзетін, α -адренорецептор блокадасын, перифериялық вазодилатациясы және АҚ төмендеуін шақырады. Сонымен қоса дроперидол АВ өткізгіштікті баяулатып, құсуға қарсы әсер көрсетеді. Дроперидол мөлшері АҚ деңгейіне байланысты тағайындалады. Систоликалық қысым 100-110 мм.сн.б. кезінде – 2,5 мг, 120-160 мм.сн. б – 5 мг, 160-180 мм.сн.б. одан жоғары – 10 мг. Наркотикалық анальгетиктерді қолдану мүмкіндігі болмағанда немесе жоқ болғанда трамадол еңгізу қажет.

5. Коронарлы қан айналымды жақсарту үшін динитрат-изосорбит инфузиясын 10 мг АҚ бақылай отырып қ/т баяу тамшылату.

6. Қарсы көрсеткіштері болмаса атенололды ішке 50-100 мг береді.

7. Коронарлы қан айналымды қалпына келтіру үшін:

- стрептокиназа 30 минуттан соң 30 мг преднизалоннан кейін 1 500 000 МБ қ/т тамшылатып;

- актилиз, альтеплаз, плазминогеннің тіндік активаторы: 90 минут ішінде 3 этапта – 15 мг қ/т болюсті, 30 минут ішінде 50 мг қ/т тамшылатып және 60 минут ішінде 35 мг қ/т тамшылатып, бір уақытта гепарин тағайындау керек дозасы 5000 МБ қ/т болбсті және аспирин дозасы 160-300 мг.

Стационарға дейін (госпитальға дейін сатыда) көмек көрсету.

Бұл сатыда көмекті жедел медициналық көмек бригадаларының дәрігерлері көрсетеді.

Емнің бұл сатысының міндеттері:

- 1) ауырғандықты тоқтату немесе ауырғандықтың күшін азайту;
- 2) рефлекторлық шокты жою және кардиогендік шокты емдеудің басын бастау;
- 3) жедел жүрек әлсіздігін жою немесе оның белгілерін әлсірету;
- 4) аритмиялар профилактикасы және өмірге қауіпті аритмияларды басу;
- 5) қарыншалар фибрилляциясы және асистолияда реанимациялық шаралар комплексін іске асыру;
- 6) науқасты арнайы кардиологиялық бөлімшеге ерте жатқызу.

Пайдаланылған әдебиеттер:

Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник для вузов – СПб: Питер, 2010 - 1856с.

Баранов А.А. Национальное руководство. Педиатрия – М: ГЭОТАР- Медиа, 2009 -1024с.

“Балалар аурулары” оқу құралы – Балаш Тусупкалиев – Астана- 2015ж

Кадамбаев Е.Т. “Амбулаториялық-емханалық педиатрия” Алматы, 2010

Никонова Т.Н. Ерте жастағы балалардағы пневмониялар. М., 1986

Мазо Р.Е. Ерте жастағы балалардағы пневмониялар. 1977.

Таточенко В.К. және басқалар. Балалардағы өкпенің жедел аурулары. 1981.

Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)