



«Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика
академиясы»

Реанимация және интенсивті терапия кафедрасы

ИӨЖ

Тақырыбы: Дәрі-дәрмекпен улану кезіндегі реанимация және интенсивті
терапия

Орындаған: Сайпишова С

ТКБ-601

Тексерген: Жамбаева Н.Д

Жоспар

- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім**
- Бензодиазепиндерден улану
- Нейролептиктерден улану
- Ацетилсалицил қышқылынан улану
- Парацетамолдан улану
- Кальций каналдарының блокаторларынан (бөгеуіштерінен) улану
- β -блокаторлардан (бөгеуіштерден) улану
- Интенсивті терапия
- Дәрілік заттардың тізімі
- **Қорытынды**

Улану – сырттан енген улы заттек пен организмнің әрекеттесуінен туындайтын патологиялық жағдай.



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. (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, тершендік, 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 айнаиды, 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.

Кальций каналдарының блокаторларынан улану

Науқастың шағымдары:

жүрек айну, құсу, бас айналу, жүрек баяу соғуы (брадикардия), жалпы әлсіздік.

Клиникалық әйгіленістері:

Жеңіл дәрежелі улану: есі түзу, ЭКГ-да – шамалы брадикардия (60-50 рет/мин.), атриовентрикулалық (АВ) өткізгіштігі 0,20-0,22 сек-ке дейін баяулайды, Гис будасы тармақтарының жартылай блокадасы (0,09-0,11 сек.), әлсіздік, артериялық қысымы қалыпты деңгейде.

Орташа дәрежелі улану: жалпы әлсіздік, ЭКГ-да 1-2 дәрежелі атриовентрикулалық (АВ) немесе синоатриялық (СА) блокада, 30% жағдайда Гис будасы тармақтарының толық блокадасы дамуы мүмкін. Науқастың түсі (тері түсі) бозарған, артериялық қысымы (АҚ) 110/60 мм сын. бағ., жүрек соғуы 1 минутта 55-40 рет шамасында.

Ауыр дәрежелі улану: өте айқын брадикардия (1 минутта 40-тан кем), бозарған, тері түсі мәрмәр тәрізді, артериялық қысым (АҚ) 90/60-70/40 мм сын.бағ., азтолымды және сирек пульс, жүрек үні нашар естіледі. ЭКГ-да жүрекше-қарыншалық (АВ) немесе синоатриялық (СА) блокада (2-3 дәрежелі), QRS ирегi 0,16-0,18 сек. шамасында ұзарған. Бұл дәрежелі блокада 38% жағдайда жүректің жиырылу жеткіліксіздігі дамуына және препарат ішілгеннен кейінгі 3-12 сағат аралығында жүректің кенет тоқтап қалуына себепші болады.

β-адреноблокаторлардан улану (адренобөгеуіштерден)

Клиникалық әйгіленістері: препаратты уытты мөлшерде қабылдағаннан кейін ЖСЖ және ырғағы бұзылады (брадикардиялық тип) кейде жаппай бөгеліс дамиды, миокард әлсіздігі, сонымен қатар дозасына және организмнің бастапқы жағдайына байланысты АҚҚ 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, құрысқак, көруі бұзылу байқалады. Бета адреноблокаторлардан уланудың ауыр дәрежеде білінуі негізінен кардиоуыттылық әсердің күштілігімен байланысты.

Жеңіл дәрежелі улану:

Науқастың есі түзу. Кейде жүрек айниды, құсу сирек кездеседі, аздаған брадикардия (ЖЖЖ 50-55 рет), АҚҚ 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 (PS 40 рет) байқалады, мұндайда жүрек лықсытуы азаю синдромының орташа белгілері білінеді, тамыр серпуі жұмсақ болады, тері түсі бозғылт. АҚҚ шамалы төмендейді – 100/60-90/60 мм сын. бағ. ЭКГ-дан синустық брадикардия (ЖЖЖ 45-55 рет), жүректің синоатриялық өткізгіштігі бұзылуы, қарыншаішілік өткізгіштік бұзылуы Гис будасы тармағының жартылай н/е 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 н/е қалыпты болады, жалпы перифериялық тамырлық кедергі 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 ирегi 0,12 сек-тан артық және деформацияланған. Синустық брадикардия (ЖЖЖ40 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.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Несептегі уытты заттектерді анықтау.
2. Қанның жалпы анализін жасау (6 көрсеткіш бойынша).
3. Қандағы уытты заттектің концентрациясын анықтау.
4. Несептің жалпы анализін жасау.
5. Калий/натрий деңгейін анықтау.
6. Кальций деңгейін анықтау.
7. Хлоридтер деңгейін анықтау.
8. Қалдық азот деңгейін анықтау.
9. Креатинин деңгейін анықтау.
10. Жалпы нәруыз (протеин) деңгейін анықтау.
11. АЛТ деңгейін анықтау.
12. Билирубин деңгейін анықтау.
13. Микрореакцияны тексеру.
14. Электрокардиограммасын тексеру.
15. Кардиомониторлық тексеріс жасау.
16. Қышқылдық-сілтілік тепе-теңдік көрсеткішін зерттеу.
17. АСТ деңгейін анықтау.
18. Нәжістегі ішекқұрттар жұмыртқасын анықтау.
19. Коагулограммасын тексеру.
20. Қанның газдық құрамын тексеру.
21. Эзофагогастродуоденоскопия жасау.
22. Бауырды, ұйқыбезді, бүйректі ультрадыбыстық аппаратпен тексеру.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Глюкоза деңгейін анықтау.
2. Диастаза деңгейін анықтау.
3. Несептегі алкоголь деңгейін анықтау (Карандаев әдісімен).
4. Невропатологқа қарату (невропатолог консультациясын алу).
5. Психиатрға қарату (психиатр консультациясын алу).
6. Бассүйек, көкірек клеткасы, құрсақ қуысы R-графиясы.

1. **Витальді функцияларды түзету.**

2. **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-қан тамыры, нерв жүйелерінің, асқазан-ішек жолдарының) уыттық зардапталу симптомдарын басуға, қышқылдық-сілтілік және су-электролиттік балансын қалпына келтіруге бағытталады:

- ацетилсалицил қышқылынан уланғанда H₂-блокаторлар: ранитидин, омепразол; антацидтер: смектит тағайындалады;
- психомоторлық қозу, еліру білінген жағдайда седативті (тыныштандыратын жұбатқы) препараттар тағайындалады: диазепам 5-10 мг/венаға, ГОМК (гаммаокси май қышқылы);
- тамыршілік шашыранды ұю (ТШҰ) синдромы дамыған жағдайда, даму сатысына байланысты гемостатиктер (қантоқтатқылар), антиагреганттар, антикоагулянттар тағайындалады, қан препараттарын (жаңа тоңазытылған плазма, криопреципитат) тамырға құяды.

Өлу үшін улану (суицидтік улану) жағдайында психиатрға тексерту қажет.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Активацияланған көмір 250 мг, табл.
2. *Макрогол 4000, ішкізуге арналған ерітінділік ұнтақ 74 г пакетте
3. *Натрий гидрокарбонат 10 г ұнтақ, пакетте
4. *Натрий ацетат, натрий хлорид 0.9% инфузияға арналған ерітінділік ұнтақ 400 мл
5. *Декстроза, венаға құюға арналған 5% ерітінді 400 мл, флаконда
6. *Калий хлорид 4%, 7,5%, инфузияға арналған ерітінділік ұнтақ
7. *Магний сульфат 25% 20 мл, ампулада
8. *Пиридоксин 1 мл, ампулада
9. *Адеметионин 400 мг, табл.; инъекцияға арналған ерітінділік ұнтақ 400 мг
10. *Пирацетам 20% 5 мл, ампулада
11. *Натрия тиосульфат 10 мл, ампулада
12. *Диазепам 10 мг, ампулада
13. *Фуросемид 20 мг 2 мл, ампулада
14. *Метоклопрамид 2 мл, ампулада
15. *Токоферола ацетат 1 мл, ампулада
16. *Дефероксамин, инъекцияға арналған ерітінділік ұнтақ 500 мг
17. *Кальций глюконат 10 мл, ампулада
18. *Аскорбин қышқылы 2 мл, ампулада
19. *Глюкагон лиофилизацияланған ұнтақ 1 мг, флаконда, еріткішімен қоса.
20. *Ацетилцистеин 2% 2 мл, ампулада

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Преднизолон 30 мг, ампулада
2. *Эпинефрин 1 мл, ампулада
3. *Атропин 1 мл, ампулада
4. *Допамин 5 мл, ампулада
5. *Инсулин еритін, инъекцияға арналған еритінді 100 Бір/мл
6. *Гепарин, инъекцияға арналған еритінді 5000 Бір/мл 10 мл, флаконда
7. *Натрий оксибутират 20% 10 мл, ампулада
8. *Декстран, инъекцияға арналған еритінді 100, 200, 400 мл, флаконда
9. *Маннитол, инъекцияға арналған еритінді 500 мл, флаконда
10. *Цефтриаксон 1 г, флаконда
11. *Флумазенил, инъекцияға арналған еритінді
12. *Неостигмин 1 мл, ампулада
13. *Ранитидин 20 мг, 40 мг табл.
14. *Омепразол 20 мг, 40 мг табл.
15. Изадрин 5 мг табл., ампулада
16. *Смектит, ішуге арналған суспензия дайындайтын ұнтақ
17. Қан препараттары: жаңадан тоңазытылған плазма, криопреципитат
18. Кальций хлорид 10%-5 мл ампулада
19. Декстран 400 мл флаконда
20. Винпоцетин амп.
21. Пентоксифелин амп.
22. Апротинин амп.
23. Инфезол фл.
24. Нефрамин фл.

Белсенді детоксикация әдісі

- *Гастральды лаваж* (ГЛ) УЗ ауыз арқылы түскенде қолданылады. Қауіпсіздік, асқазанның босатылуы мен шайқауының ұрынуна байланысты, оның уландыру әдісінен қалыптасатын, қолданған улы заттың улылығы ақталуы тиіс, қолданған мөлшер көлемі мен уақыты, қолданғаннан кейінгі өткен уақыт. зардап шегуші коматозды жағдайда болса, ол кезде жөтелу және ларингеальды рефлекс тежеледі, негізгі қауіп тәуекелі асқазан ішіндегілердің тыныс алу жолдарына түсуіне байланысты болады, сол себепті асқазанды жуу анестезиологтың қатысуымен, тек алдымен кеңірдекті үрленетін манжетпен интубация жасағаннан кейін жүргізіледі. Бұл шаралар құсық массаларының және шайылған судың апирациясынан қашу үшін өте қажетті

- *Сіңірілуді болдырмау.* АІЖ түскен УЗ адсорбциясы үшін белсендірілген көмір ұнтағын (50 г) сумен және ботқа ретінде 1 ас қасықтан ішке асқазанды жуар алдында немесе басқа энтеросорбенттерді (энтеросорбция – ЭС) қолданады. Белсендірілген көмір, ішке қолданылған асқазан-ішек жолдарындағы көптеген уландырғыш заттармен байланысып, олардың сіңірілуін төмендетуі мүмкін.

- *Ішекті тазалау* (ІТ) зардап шеккенге медициналық көмек кеш көрсетілгенде, аш ішекте жиналған УЗ шығару үшін қолданылады (уланғаннан кейін бірнеше сағаттан соң). Ол үшін аурханаға дейінгі кезеңде аталған ішті босататын заттар қолданылады.

- *Тездетілген диурез.* Улануды консервативті емдеудегі негізгі әдісіке жататын, диурездің жоғарлауына ықпал жасайтын, белсенді осматикалық несеп айдағыштар (маннитол) немесе салуретиктерді (фуросемид) қолдануға негізделген әдіс. Ол тек суда еритін УЗ уланғанда көрсетілген, себебі олар ағзадан тек бүйрек арқылы шығарлады. Тездетілген диурез 3 кезектелген кезеңнен тұрады: алдын ала сумен күш салу, к/т диуретиктерді және орын басушы инфузиялық электролиттер ерітіндісін енгізу. Жеңіл жағдайларда ішке қолданумен шектелуге болады 1,5–2 л су (1 сағат бойы), және өздігінен диурезді күшейту үшін фуросемидті 50–80 мг к/т немесе б/е мөлшерде енгізеді.

- *Тыныс алу жетіспеушілігі* көбінесе естен танған науқастарда дамиды. Жоғарғы тыныс алу жолдарының обструкциясы кезінде шұғыл көмек көрсету қажет. Егер құсұқ массасымен аспирация болса, онда стационарлық жағдайда трахеобронхоскопиялық тазартулар қажет. Көптеген УЗ тыныс алу орталығын тежейді. Бұндай науқастарға респираторлы көмек көрсетілген: ауыз бен ауыз тынысы, Амбу қапшығының көмегімен; ауыр жағдайларда жасанды өкпенің вентиляциясы (ЖӨВ) қажет. Вентиляция қалпында болған кезде оттегімен ингаляция жасау. Тыныс жолдарының өткізгіштігі бос болған кезде ғана тынысты белсендірушілерді тағайындау мүмкін. Кері жағдайда тынысты белсендірушілер кері көрсетілген!

- *Өкпенің улы ісінуі* хлор, аммиак, күшті қышқылдардың, сонымен қатар фосген мен азот тотығының булары туғызатын жоғары тыныс жолдарының күйіктері кезінде болады. Өкпенің улы ісінуі кезінде к/т 30–60 мг преднизолонды 20 мл 40% глюкоза ерітіндісінде енгізеді (қажеттілік кезде қайталайды), 100–150 мл 30% несепнәр ерітіндісі немесе 80–100 мг фуросемид, оттегімен жылдамдығы 2-4 л/мин ингаляция жасайды.

- *Жүрек-қан тамырлар жетіспеушілігі* – ауыр уланулардың жиі көріністері; ол УЗ орталық құрылымын тежеумен байланысты, АҚ реттейтін. Систолиялық АҚ (САҚ) 70 мм сын.бағ. төмен болғанда, бас миының құрылысында қайтымсыз өзгерістер немесе бүйректің тубулярлы некрозы болуы мүмкін. Зардап шегушіні бас жағын бірнеше төмендетіп, зембілде тасмалдау керек, оттегімен үнемі қамтамас ету және к/т енгізуді орнату (5% глюкоза, 0,9% NaCl). Бұл кезеңде науқасқа көмек ретінде вазопрессорлық заттарды тағайындау ұсынылмайды. Кокаинмен, фенциклидинмен, амфетаминмен ж.т.б. заттармен, яғни симптоматикалық белсенділікпен уланған кезде, АҚ жоғарлауы транзиторлы қасиетке ие. Көңіл қоятын жай экзотоксикалық шок, ол АҚ бірден төмендеуімен, терінің бозаруымен, тахикардиямен және тахипноэмен көрінеді. Бұл жағдайларда белсенді инфузионды терепия қажет: к/т тамшылатып плазманың орынын басушы ерітінділерді енгізеді (полиглюкин, реополиглюкин ж.т.б.) және глюкоза ерітіндісі (10–15%) гемодинамикалық көрсеткіштердің қалпына келгенінше (кейде 10 л/тәулігіне дейін). Бір мезгілде инфузионды терапиямен бірге к/т глюкокортикоидтарды енгізеді: гидрокортизон – 500 мг-ға дейін немесе преднизолон – 1000 мг/тәу. Метаболиялық ацидозбен күресу үшін к/т тамшылатып 300–400 мл 4% натрия гидрокарбонат ерітіндісін енгізеді.

- *Психоневрологиялық бұзылыстар* орталық және шеткі жүйке жүйесінің әртүрлі құрылысына біріккен тікелей улы әсерлердің салдарынан дамиды (эндогенді токсикоз), сонымен қатар басқа мүшелер мен жүйелердің зақымдалуымен болатын, бірінші кезекте бауыр мен бүйректің (эндогенді токсикоз) зақымдалуына байланысты жанама болатын әсерлер. Жедел уланулар кезіндегі ауыр психоневрологиялық бұзылыстардың токсикогенді фазасына жедел интоксикационды психоз және улы кома жатады, ал соматогендіге – улы-гипоксиялық энцефалопатия (УГЭ). Егер улы команы емдеу үшін қатаң дифференцирленген зарарсыздандыру шаралары жүргізілуі қажет болса, онда уланудың түріне байланыссыз психозды шеттетуде нейролептиктиерді (хлорпромазин, галоперидол ж.т.б) енгізу арқылы қол жеткізеді.

- *Тырысу синдромы.* Стрихнинмен, изониозидпен, жусанмен және басқа да тырысуды туғызатын агенттермен улануда тән. Тырысу жағдайларында және мидың улы ісінуі (СО, барбитураттармен, этиленгликолмен улану) кезінде гипертермия дамуы мүмкін (тез арада пневмония кезіндегі қызбамен дифференцирлеу керек). Бұндай жағдайларда б/е литилік қоспаны келесі құрамда енгізу керек: 1 мл 2,5% хлорпромазин ерітіндісі, 2 мл 2,5% прометазин ерітіндісі және 2 мл 50% метамизол ерітіндісі.
- Жалғыз және уақыты бойынша ұзаққа созылмайтын тырысуларда арнайы ем әдістері қажет емес. Бірақта олардың қарқындылығы жоғарласа және олар жиілессе, онда диазепамды к/т баяу 10 мг мөлшерде енгізу ұсынылады. Диазепамды б/е енгізу ұсынылмайды.

- *Бүйректің зақымдалуы* (улы нефропатия) нефротоксикалық улармен (антифриз, сулема, дихлорэтан, төрт хлорлы көмірсу ж.т.б.), гемолитиялық улармен (сірке эссенциясы, мыс купоросы) уланғанда, миоглобинуриямен жүретін терең трофикалық бұзылыстар (миоренальды синдром) кезінде болуы мүмкін, сонымен қатар басқа уланулардың тұсындағы ұзақ улы шоктар. Жедел бүйрек жетіспеушілігінің (ЖБЖ) даму мүмкіндіктерінің алдын алу шараларына аса көңіл бөлу керек және гемодиализ (ГД) жүргізу үшін науқасты шұғыл ауруханаға жатқызу қажет, ол ағзадан осы заттарды шығарады және ЖБЖ алдын алады.

- *Бауырдың зақымдалуыи* (улы гепатопатия) «бауыр уларымен» жедел улану кезінде дамиды – дихлорэтанмен, төрт хлорлы көмірсумен, кейбір өсімдік уларымен (аталық қырыққұлақ, саңырауқұлақтар) және ДЗ (парацетамол). Клиникалық көріністері: ауыратын және үлкейген бауыр, сары ауру. Жедел бауыр жетіспеушілігі кезінде клиникалық суретте энцефалопатия белгілері көрінеді: қатты мазасыздану, ұйқымен ауысатын сандырақ, апатия, коматозды жағдайлар (гепатаргия). Геморрагиялық диатез көріністерінің болуы мүмкін: мұрыннан қан кету, конъюнктивтің және көздің ақ қабағының қан талауы, сонымен қатар тері мен шырышты қабаттарда болады.

Пайдаланылган әдебиеттер:

- Введение в анестезиологию-реаниматологию: учебное пособие. Левитэ Е.М. / Под ред. И.Г.Бобринской. 2007. - 256 с.
- Анестезиология и реаниматология: учебник / Под ред. О.А. Долиной. - 4-е изд., перераб. и доп. 2009. - 576 с.: ил.
- Основы реаниматологии: учебник. Сумин С.А., Окунская Т.В. 2013. - 688 с.
- <https://diseases.medelement.com/>