

Кафедра:хирургия,анестезиология және реанимация

**КЕНЕТТЕН ҚАН АЙНАЛЫМНЫҢ ТОҚТАП
ҚАЛУ КЕЗІНДЕГІ РЕАНИМАЦИЯ ЖӘНЕ
ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯ**

Орындаған: Абдурахманова Н.Ш

Қабылдаған: Дүйсебекұлы Қ

Тобы: ТҚ - 603

ЖОСПАР

- Кенет қан айналым тоқтауының себептері
- Кенет қан айналым тоқтауының клиникасы
- Кенет қан айналым тоқтауының түрлері
- Реанимациялық шаралар алгоритмі
- Пайдаланылған әдебиеттер



Кенет қан айналым тоқтауы дегеніміз
(**клиникалық өлім**) – виталды
функциялардың (қанайналым, тыныс)
тоқтауынан бастап, ми тканінің
қайтымсыз процестеріне дейін созылатын
қайтымды процесс.

Клиникалық өлім ұзақтығы



Нормотермияда (3-5 мин)

Гипотермияда (12 мин дейін) ткандердің
кислородты қолдануының азаюынан

Гипертермияда (1-2 мин дейін) ткандердің
кислородты пайдалануының артуынан

себептері

Жүректік

- Тәждік қан айналымның шұғыл бұзылысы
- Жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылысы(қарынша фибрилляциясы, асистолия, толық АВ)
- Жүрек қабырғасының тесілуі мен перикардтың қанға толуы
- Қолқаның жыртылуы көлемді қан кету
- Жүрек гликозидтері , антиаритмиялық дәрілерді артық мөлшерде қолдану

Жүректен тыс

- Жедел тыныс жетіспеушілігі, асфиксия
- Электр жарақаты күйі
- Көп қан жоғалту
- Гипоксия
- Су-электролиттік тепе-теңдіктің өте қатты бұзылысы
- Интоксикация
- Диагностикалық іс-шаралардан кейінгі асқыну(катетеризация, ангиография)
- Өкпе артериясының тромбоэмболиясы



Клиникалық көрінісі

Сана бұзылысы (ми гипоксиясынан дамиды, 10с ішінде дамиды)

Тырысу (ерте пайда болады, сана бұзыла салысымен)

Пульс жоғалуы (ұйқы, сала тамырында т.б. пульстің анықталмауы)

Тыныс тоқтауы (20-30с ек соң басталады)

АҚҚ төмендеуі

Қарашық үлкеюі (30-40сек соң басталады)

Тері жамылғысы, көзге көрінетін шырышты қабаттардың мрамор тәрізді болуы

Қанайналымның тоқтау түрлері



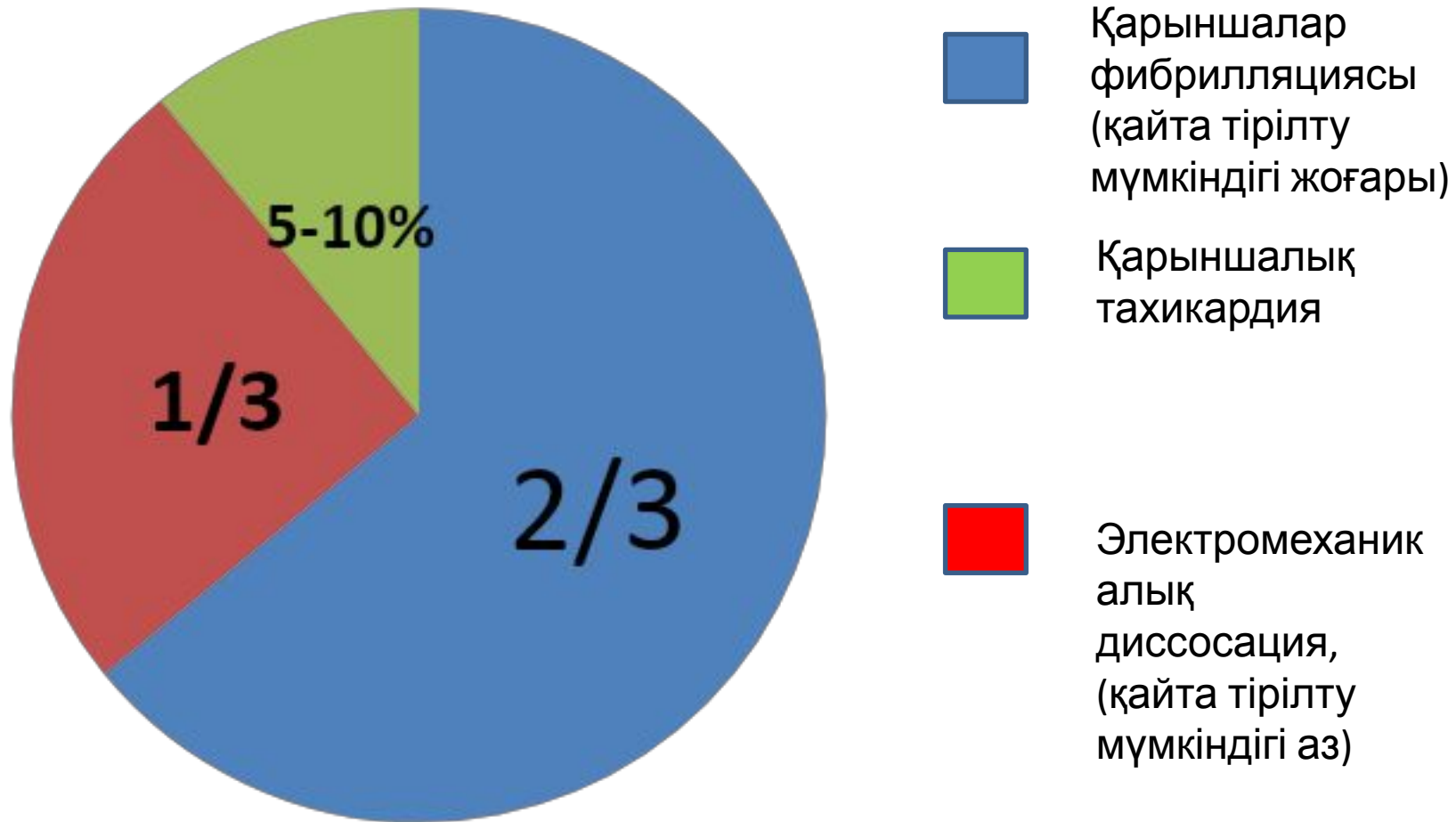
```
graph TD; A[Қанайналымның тоқтау түрлері] --> B[Қарыншалар фибрилляциясы]; A --> C[Асистолия]; A --> D[Электромеханикалық диссоциация (ЭМД)];
```

Қарыншалар
фибрилляциясы

Асистолия

**Электромеханикалық
диссоциация (ЭМД)**

Барлық өлімнің 10% кенет қан айналым тоқтауына тән

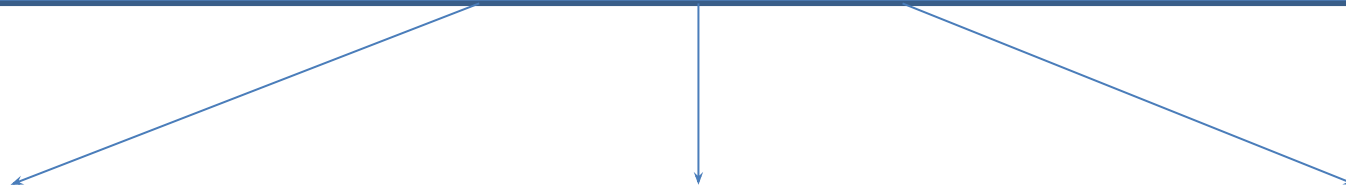




Питер Сафар

1970ж Питсбург университетінің профессоры Питер Сафар қарапайым халық пен медицина қызметкерлеріне арнап реанимациялық шараларды ұйымдастырудың бағдарламасын жасады. Ағзаны тірілту үш кезеңнен тұратынын әр кезең үш сатыға бөлінетінін көрсетті.

Ағзаны тірілту кезеңдері



I кезең. Ағза тіршілігін ұстап тұрушы басты шаралар.

A сатысы – air(тыныс жолдарын бөгде заттардан тазарту)

B сатысы – Breathe (жасанды тыныс беру)

C сатысы – circulation (қан айналымын жасанды түрде ұстап тұру)

II кезең. Қан айналымының қалпына келуі

D сатысы – drugs (дәрі дәрмек)

E сатысы – сатысы. Электrokардиограмма лық диагностика

F –сатысы. Дефибрилляция

III кезең. Ми реанимациясы және реанимациядан кейінгі қарқынды емдеу

G -gange бағалау – есін бағалау

I – интенсивті терапия

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

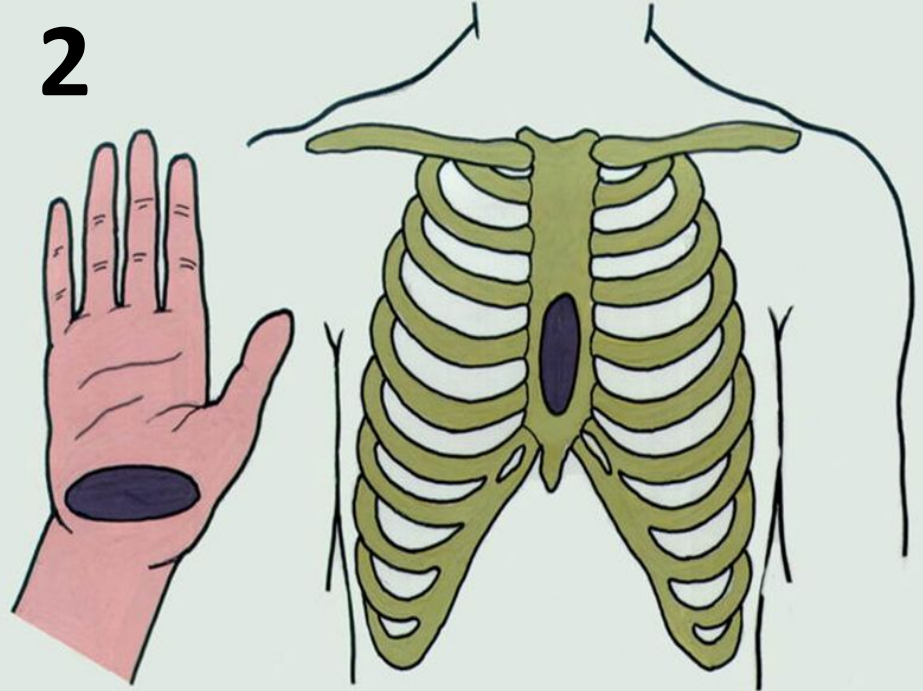
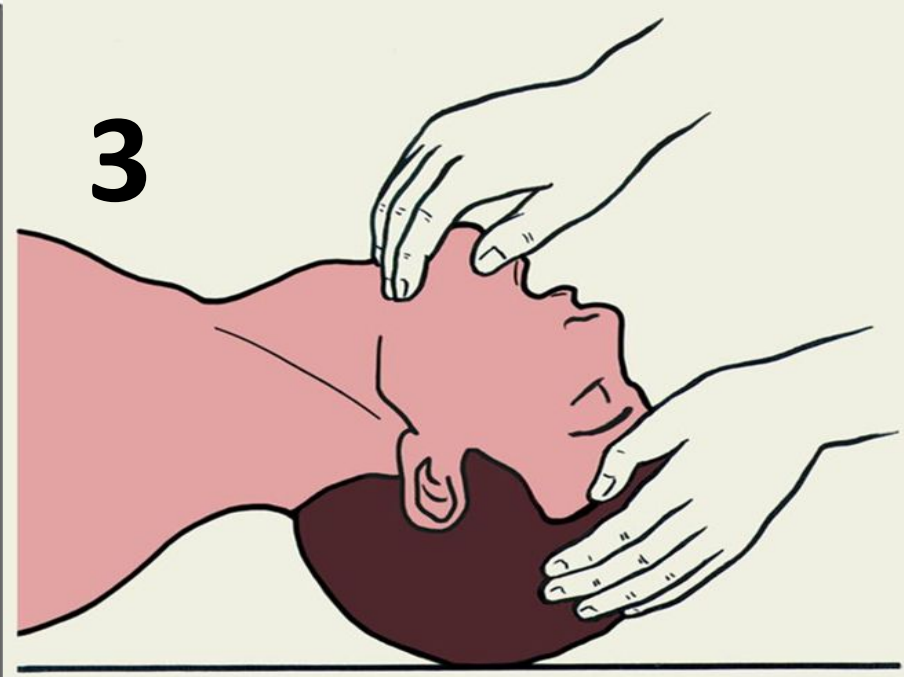


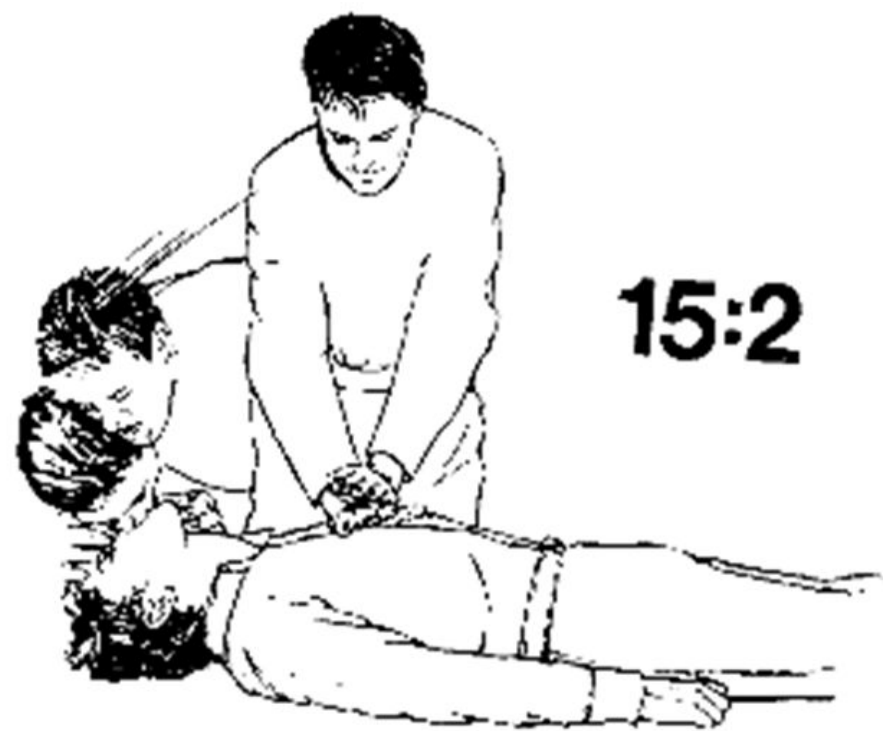
Обычное положение головы



Запрокинутое положение головы

Слайд 4.5.32

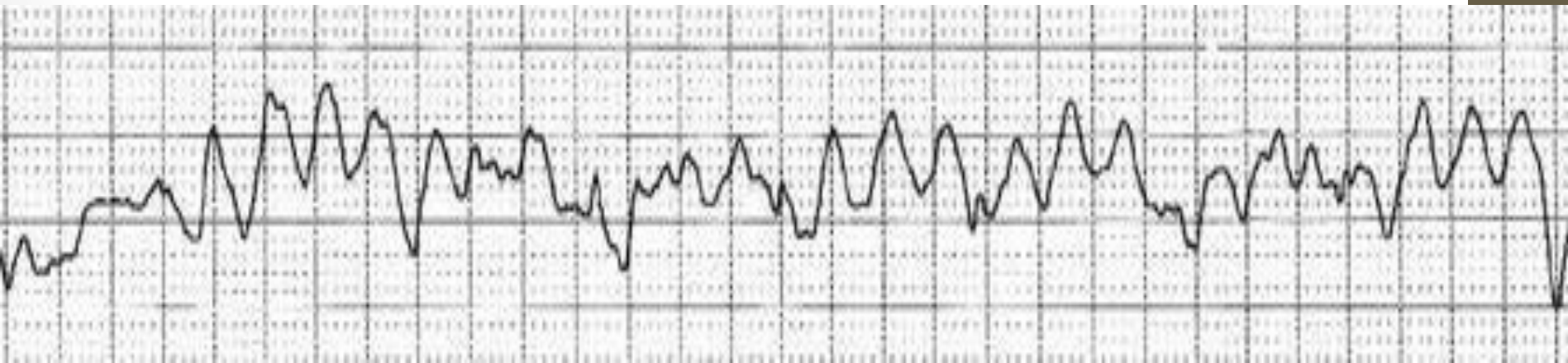




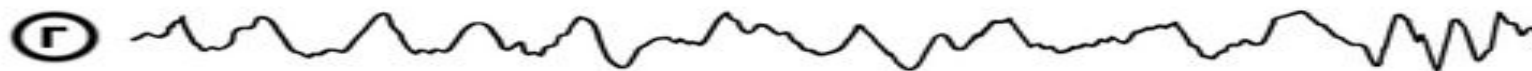


Қарыншалар фибрилляциясы

- Миокард талшықтарының ретсіз жиырылуы. Бұл кезде миокард кислородты артық мөлшерде жұмсайды. Импульстар саны минутына **200-500 шамасында**. ЭКГ- да амплитудасы мен биіктігі әртүрлі, ырғақсыз аласа толқындар болады.
- Қарыншалар жыбырында жүрек соғу көлемі күрт азайып нолге теңеседі, Артериялық қысым төмендейді пульс жойылады, қан ағымы тоқтайды жүрек тондары естілмейді. Әдетте науқас 10-20 сек соң есінен айырылады, 40-50 секундтан соң құрысулар пайда болады, терісі көгереді, көз қарашықтары кеңіп жарыққа реакция болмайды.



А	Трепетание желудочков	Высокоамплитудные ритмичные волны	250-300 в 1 мин	2 сек
Б	Судорожная стадия	Высокоамплитудные аритмичные волны	до 600 в 1 мин	1 мин
В	Мелковолновая ФЖ	Хаотичные низкоамплитудные волны	более 1000 в 1 мин	3 мин
Г	Атоническая стадия	Снижается амплитуда волн	менее 400 в 1 мин	



қарынша фибрилляция кезіндегі реанимациялық шара

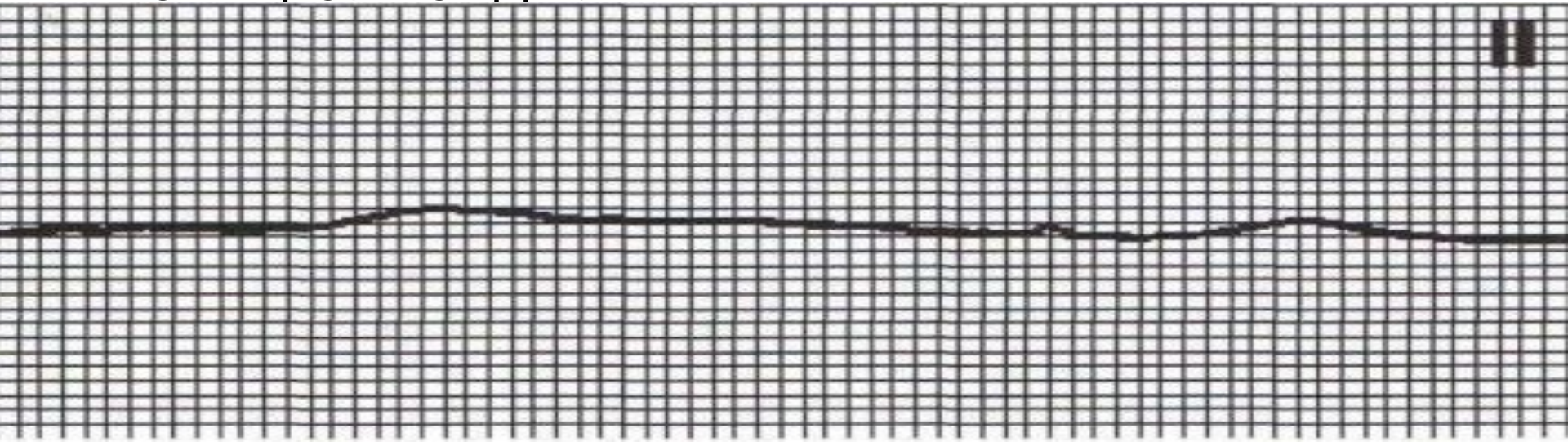
- Жүрек жабық массажын өткізу (1 мин 80-90рет);
- Жасанды өкпе желдету(15:2), 100%кислород қолдану, трахея интубациясы(30-40сек ішінде) жүрек өкпе реанимациясын үзбеу;
- Адреналин 1мг әр 3-5мин сайын, 200Дж дефибрилляция, эффект болмаса 300Дж ,эффект болмаса 360Дж дефибрилляция;
- Эффект болмаса лидокаин 1мг/кг + 360Дж;
- Эффект болмаса 5мин соң орнид 10мг/кг + 360Дж;
- Эффект болмаса новокаинамид 1г + 360Дж;

дефибриллятор



Асистолия

- Жүрек жиырылуының жоғалуы. Негізгі себептері: МИ, ТЭЛА, миокардит, миокардиопатия, ақаулар, гипокалиемия. Асистолия кезінде жүрек тонының, пульстің, АҚҚ бірден анықталмауы көріледі. 45 секундтан соң көз қарашығы кеңейе бастайды. ЭКГ да : түзу сызық жүрек қозуы анықталмайды.



Асистолия

Интубация

Продолжение
ИВЛ. Массаж сердца

Венозный доступ

Адреналин 1 мг каждые 5
мин

Атропин 1 мг каждые 5 мин
до 3 раз

Гипоксия? Гиперкапния?
Ацидоз?

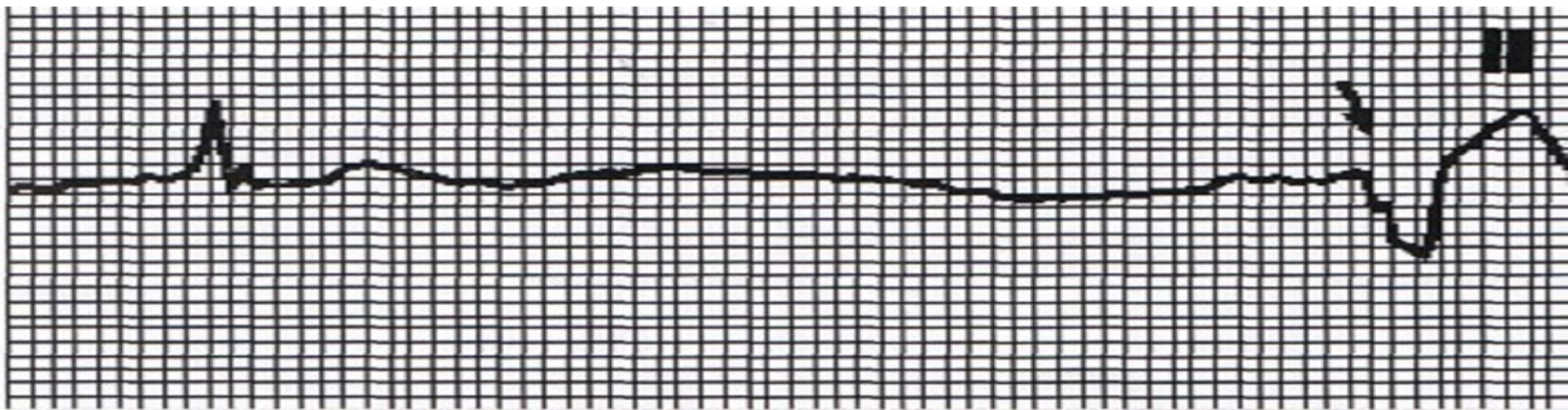
Адреналин 0,05-0,1 мг/кг
каждые 5 мин

Бикарбонат натрия 1 мэкв/кг
(80 мг/кг) по показаниям.
Хлорид кальция 1 г — по
показаниям

Продолжение
ИВЛ. Временная ЭКС

Электромеханикалық диссоциация (ЭМД)

- Жүректің электрлік белсенділігінің сақталуына қарамастан миокардиттің механикалық жауабының жоғалуын айтамыз. Себептері: ауыр гиповолемия, гипоксия, ацидоз, гиперкалиемия, жүрек тампонадасы, ТЭЛА ЭКГ да кеңейген идиовентрикулярлы ритм көріледі.



Синусовая брадикардия

Атриовентрикулярная блокада или медленный идиовентрикулярный ритм

Если пульс не определяется (ЭМД):

- основные реанимационные мероприятия;
- адреналин: начать со стандартных доз (по 1 мг внутривенно каждые 3–5 мин или 2–2,5 мг эндотрахеально), при неэффективности – высокие дозы;
- выявить причину (неадекватная вентиляция, пневмоторакс, гиповолемия, тампонада сердца, метаболические нарушения, ацидоз, гипо- и гиперкалиемия, шок) и устранить ее;
- дополнительные мероприятия: введение жидкости, атропина (если ЧСС низкая) – по 1 мг внутривенно каждые 3–5 мин (до 0,04 мг/кг или 2–3 мг); бикарбоната натрия (?); электрокардиостимуляция (?).

Тірілту шараларын жүргізген соң науқасқа қатаң төсек режимі, тыныштық жағдай жасалады. Науқастың жиі АҚҚ, пульсін, тынысын тексеріп тұру, холтерлік аппаратқа қосу керек, өйткені рецидив беруі мүмкін.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- «Реанимация и интенсивная терапия» Г.Г.Жданов, А.П. Зильбер, 2007год
- Усенко Л.В., Мальцева Л.А., Царев А.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: новые рекомендации Европейского Совета по реанимации 2005 г. и нерешенные проблемы реаниматологии на Украине // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 4. — С. 17–22.
- neotlozhnaya-pomosch.info/klinicheskaya_smert.php
- medportal.ru/mednovosti/news/2013/11/20/009arrest/
- ookmedbook.ru/disease/ostanovka-serdca

