

*Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау министрлігі
Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ–Түрік Университеті
Оқу-клиникалық базасы
«Амбулаторлы терапия және жедел жәрдем» кафедрасы*



- ***Жүрек – қантамыр жүйесінің өмірге қауіпті зақымдануларын диагностикалау және жедел көмек көрсету алгоритмі.***



Лектор:

М.ғ.к, доцент К.Казбекова

■ КЕНЕТТЕН БОЛҒАН ӨЛІМ

- Кенеттен өлім деп – аурудың ең бірінші симптомы пайда болған соң 6 сағаттың ішінде өліп кетуін айтады. Кенеттен өлімнің жиі себептерінің бірі, шұғыл коронарлық жетіспеушілік, миокард инфаркты, шұғыл жүрек жетіспеушілігі, жедел тыныс жетіспеушілігі.

■ *Клиникалық белгілері:* *өлімнің*

- Есін жоғалтады.
- Тыныс алудың тоқтауы.
- Көзінің қарашығы ұлғайып, жарықты сезбейді.
- Ұйқы артериясында тамыр соғысы анықталмайды.
- Терінің бозарып немесе көгеруі.

- ***Биологиялық өлім белгілері:***
- “Мысықтың көзі” тәрізді симптомы (жүрек тоқтаған соң 20-30 мин кейін пайда болады).
- Мәйіттің қатып қалуы.
- Дененісінде өлік дақтарының пайда болуы.

- Реанимациялық көмектер тек қана клиникалық өлімді диагностикалағанда жүргізіледі.
- Жүрек тоқтағаннан соң 5-6 мин өтсе, онда реанимациялық көмекті мына этаптармен жасайды.
- **I сатысы :**
 - А. тыныс жолының өткізгіштігін қалпына келтіру. Сафар әдісін қолдану арқылы
 - В. Жасанды қан айналдыру жүрекке тікелей емес массаж.
 - С. Өкпені жасанды желдендіру.
- **II саты.** Этап Д. Қан айналымын дәрі-дәрмектермен қалпына келтіру, дефибрилляция, электрокардиостимуляция .

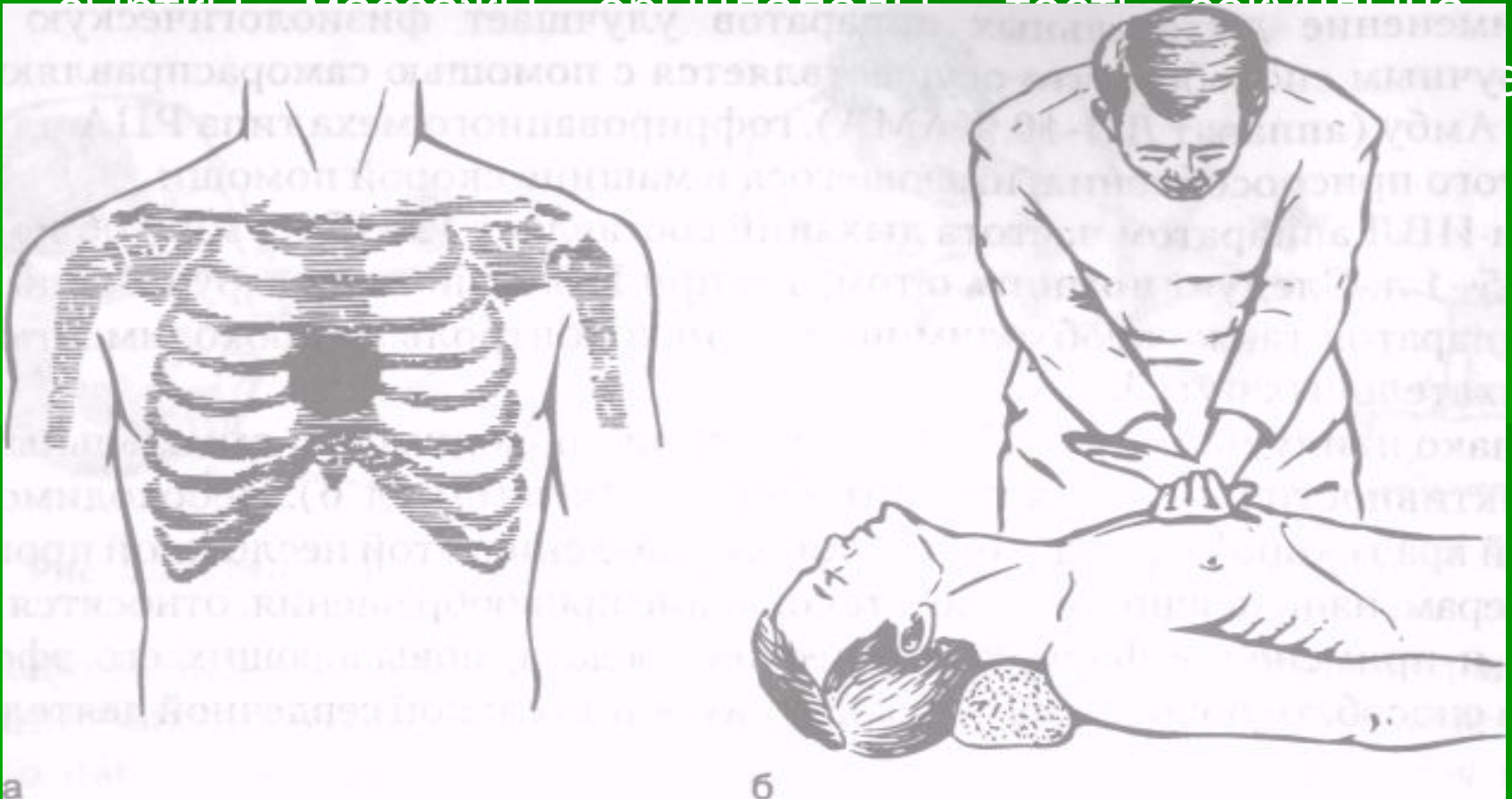
- **жүрек-өкпе реанимациясының сатылары.**
- **А. 1.** Науқасты қатты, жазық жерге шалқасынан жатқызу.
- **2.** Басын артқа қарай шалқайту.
- Төменгі жақты алға шығару.
- Ауыз және жұтқыншақты сілекейден тазарту.
- Ауа жіберетін түтікшені ауыз қуысына қою
- Тыныс жолдарына ауа үрлеу.



- Егер дем алмаса жасанды “ауыздан-ауызға” дем беру, өкпені қапшық маскамен желдендіру.
- Керек кезінде трахеяны интубация жасап, трахеядан сорып алу.
- Ұйқы артериясында пульс анықталмаса, жүректің сыртқы массажын орындауды тәсіл секілдіне

1

ет



б

- С.
- Керек кезінде адреналин 1 мг/кг вена ішіне жіберіп, әр 5-10 минут сайын қайталап тұрады.
- Жүрекке дефибрилляцияны 200-360,360 ДЖ-мен жасау керек
- Асистолия болса уақытша жүректі электростимуляция жасау.
- 5. ӨЖР-нің әр 3 минутында 1мг адреналин енгізу.
- 6. Мүмкіндігінше ерте дефибрилляция 200 Дж.
- - әсер жоқ-дефибрилляция 300 Дж.
- - әсер жоқ-дефибрилляция 360 Дж.
- 7. Схема бойынша әрекет жасау:
- - препарат-жүрекке массаж және ӨЖТ; 30-60с кейін дефибрилляция 360 Дж

- - лидокаин 1,5 мг\кг- дефибрилляция 360 Дж.
- - эффект болмаса-3 минуттан соң лидокаинді сол дозада қайталау және
- дефибрилляция 360 Дж.
- - эффект болмаса амиодарон(кордарон) 300 мг- дефибрилляция 360 Дж.
- - эффект болмаса 5 минуттан кейін амиодарон 150 мг-н қайталау-
- дефибрилляция 360 Дж.
- - алдындағы емге рефрактерлі қарыншалар фибрилляциясында новокаиномид 1000 мг- дефибрилляция 360 Дж.

- Асистолия кезінде:
- - жүректің электрлік белсенділігін нақты бағалау мүмкін болмаса-қарыншалар діріліндегідей әрекеттер жасау (1-7);
- - асистолия ЭКГ-рің 2 тіркемесінде анықталса 2-5 әрекетті қайталау;
- - эффект болмаса – атропин 1 мг әр 3-5 минут эффект алғанша немесе жалпы доза 0,04 мг\кг;
- - _____ эндокардиальді электрокардиостимуляция;
- - 240-480 мг эуфиллин әсер беруі мүмкін;

- **Электромеханикалық диссоциация:**

- - 2-5 әрекетті қайталау;
- ЭМД-әкелген себепті анықтап, мүмкіндігінше оны жою
- - гиповолемияда – инфузионда терапия;
- - гипоксияда – гипервентиляция;
- - ацидозда – гипервентиляция және Na гидрокарбонаты;
- - кернеулі пневмоторакста-плевральді функция;
- - жүрек тампонадасы – перикард қуысына функция;

- Өмірге маңызды қызметтерді мониторлау (кардиомонитор, пульсоксиметр).
- 30 минут ішінде барлық әдістер мүмкіндінше қолданылғанда эффект болмаса ӨЖР-сын тоқтату керек.
- Негізгі қауіптер мен асқынулар:
- дефибрилляциядан кейін: асистолия, рецидивтеулі қарыншалық фибрилляция, тері күйігі;
- ӨЖТ: асқазанның ауаға толуы, регургитация, асқазан сұйықтығының аспирациясы;

- трахея интубациясында ларинго және бронхоспазм, регургитация, шырышты қабықтың зақымдалуы тіс, өңеш жарақаттануы.
- жүректің жабық массажында: төстің және қабырғаның сынуы, өкпенің зақымдалуы, кернеулі пневмоторкс.
- бұғана көктамырын пункциялауда: қан кету, бұғана артериясын пункциялау, ауа эмболиясы, кернеулі пневмоторакс;
- тыныстық және метаболикалық ацидоз,
- гипоксиялық кома.

■ *Реанимациялық көмектің әсер етуінің белгілері.*

- тыныстың пайда болуы
- ұйқы артериясы басқанда пульсация пайда болуы
- терісі түсі қалыптасады

Жіті коронарлы синдром

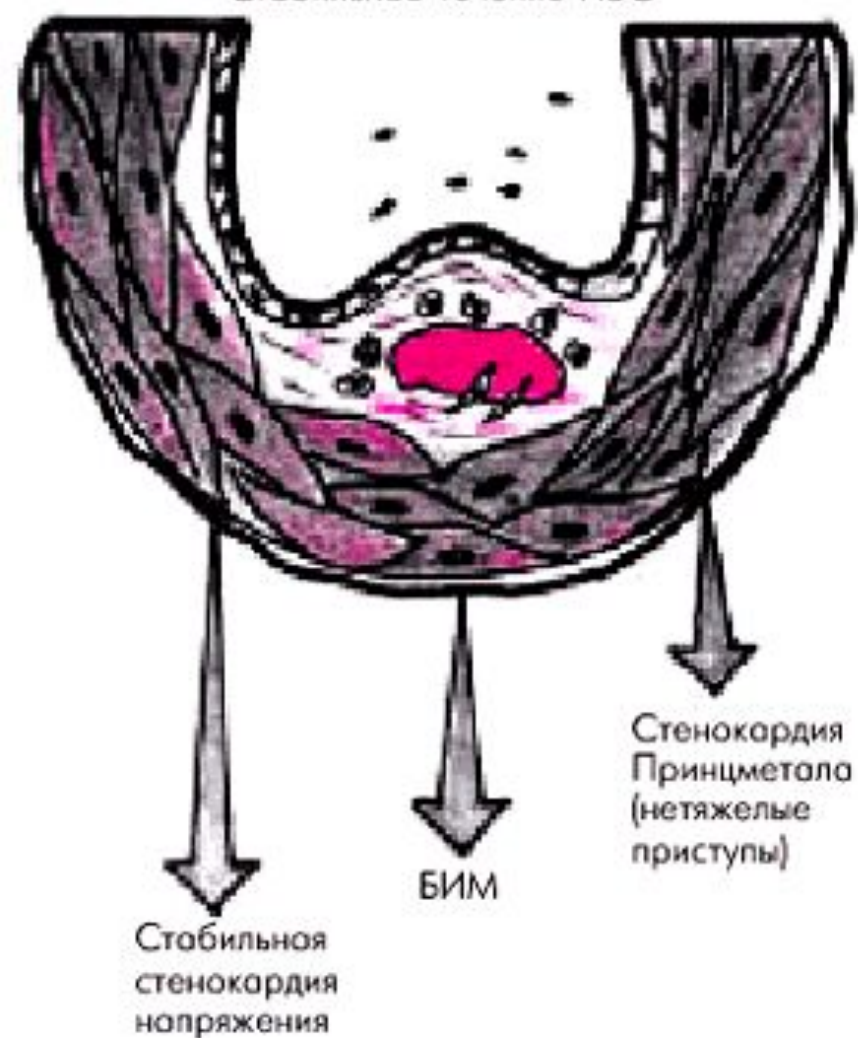
ST сегментінің төмендеуімен

- Тұрақсыз стенокардия
- Q-тісшесіз миокард инфаркті-*майда ошақты*

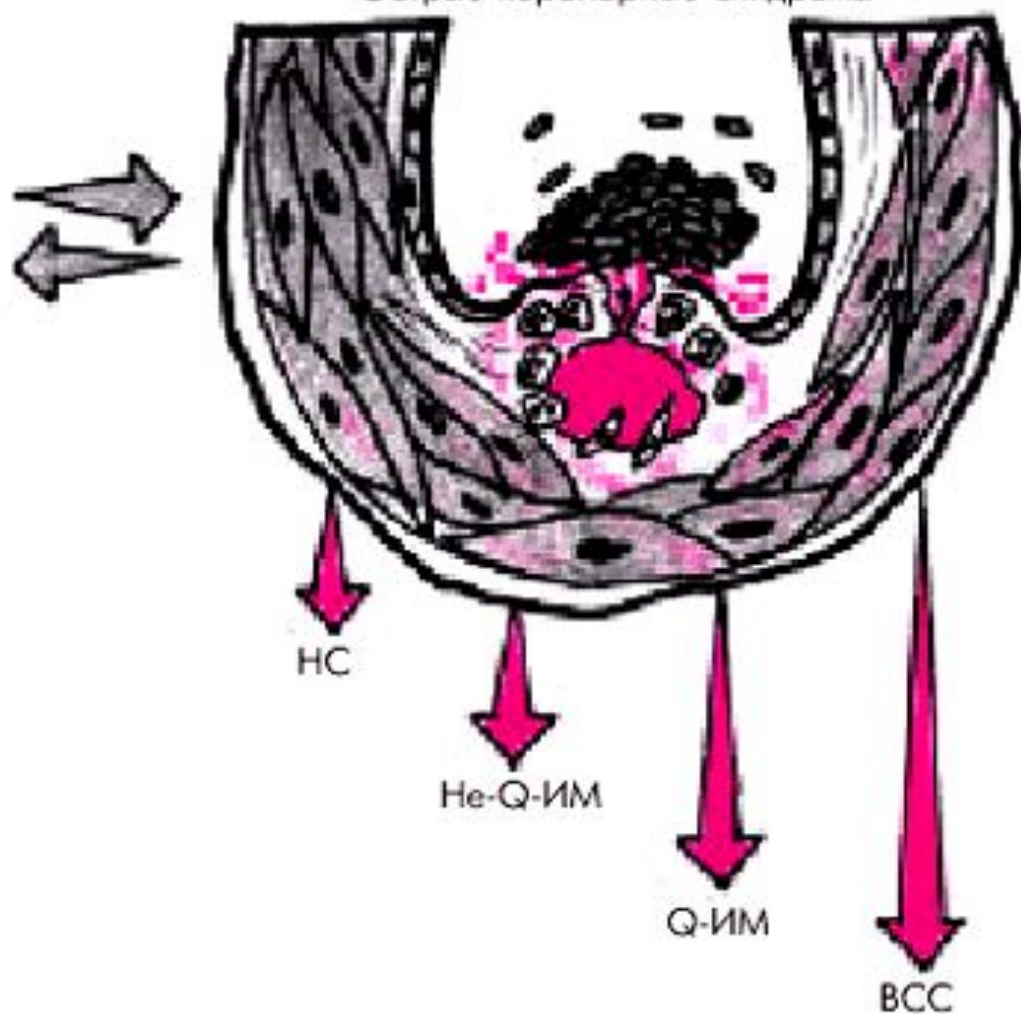
ST сегментінің жоғарылауымен

- Q-тісшелі миокард инфаркті— *ірі ошақты, трансмуральді*

Стабильное течение ИБС



Острые коронарные синдромы





Нестабильная
стенокардия

Инфаркт миокарда
без зубца Q

Инфаркт миокарда
с зубцом Q

ЖКС терминінің қажеттілігі

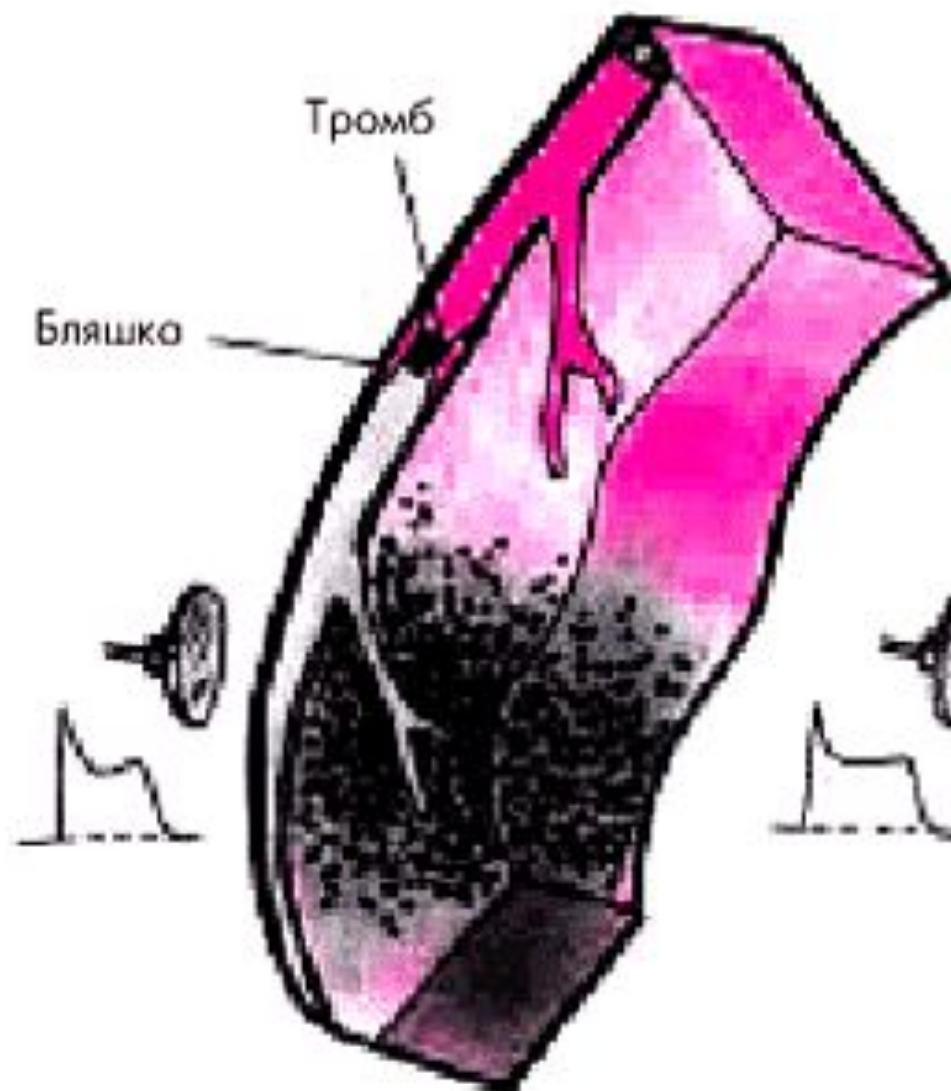
- *Белсенді әдістердің қолданылуы (тромболитикалық терапия) қорытынды диагнозды қойғанда дейін шешілуі тиіс*

- Жіті коронарлы синдром – бұл уақытша қойылатын диагноз. Миокард инфаркты және тұрақсыз стенокардия диагнозын қоюға мүмкіндік болмаған жағдайда, аурудың алғашқы сағаттарында науқастарды белсенді жүргізу тактикасын шешуге көмегін тигізеді.

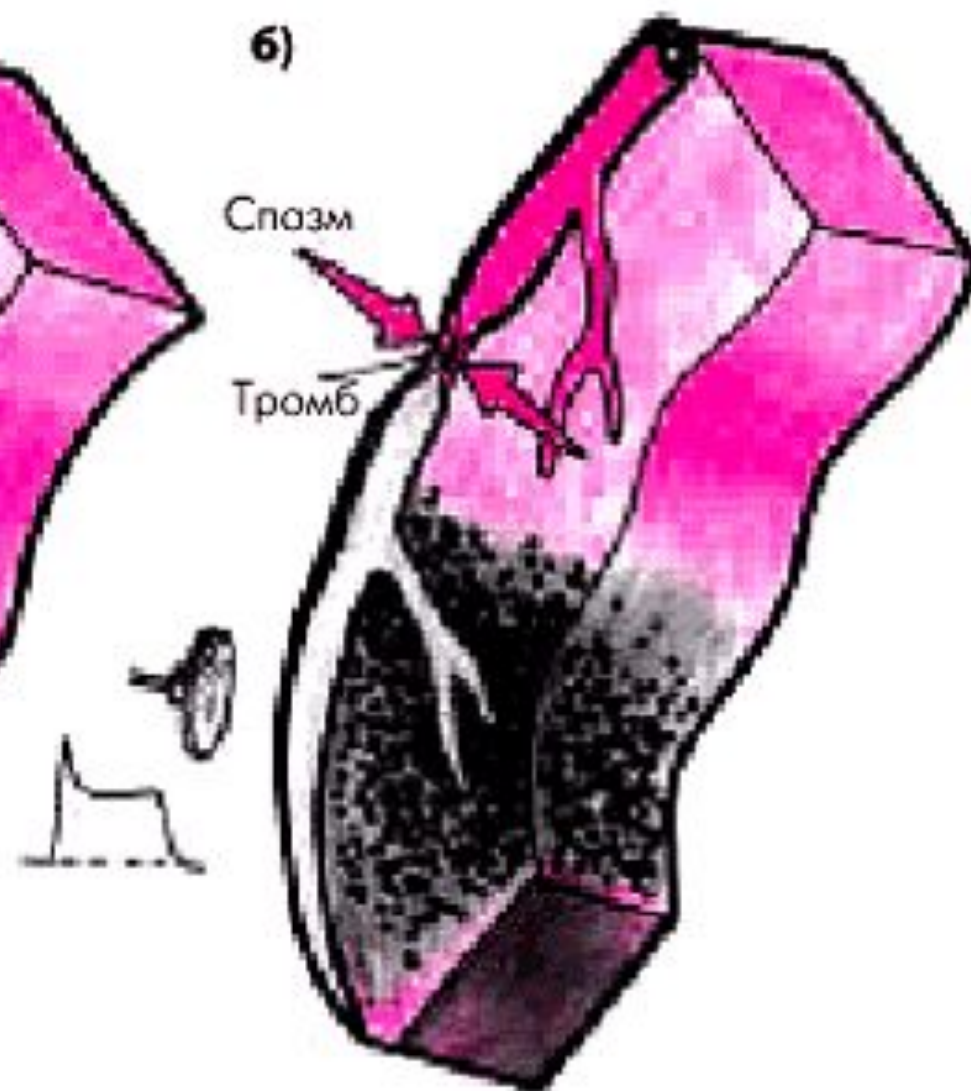
ЖКС *ST* сегментінің жоғарылауымен

- Кеуде қуысында ауырсынудың болуы немесе жағымсыз әсерлердің (дискомфорта)
- ST сегментінің тұрақты көтерілуі
- Немесе жаңа, алғаш рет ЭКГ-да Гисс будасының сол тармағының толық блокадасы.

а)



б)



ТРАНСМУРАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ

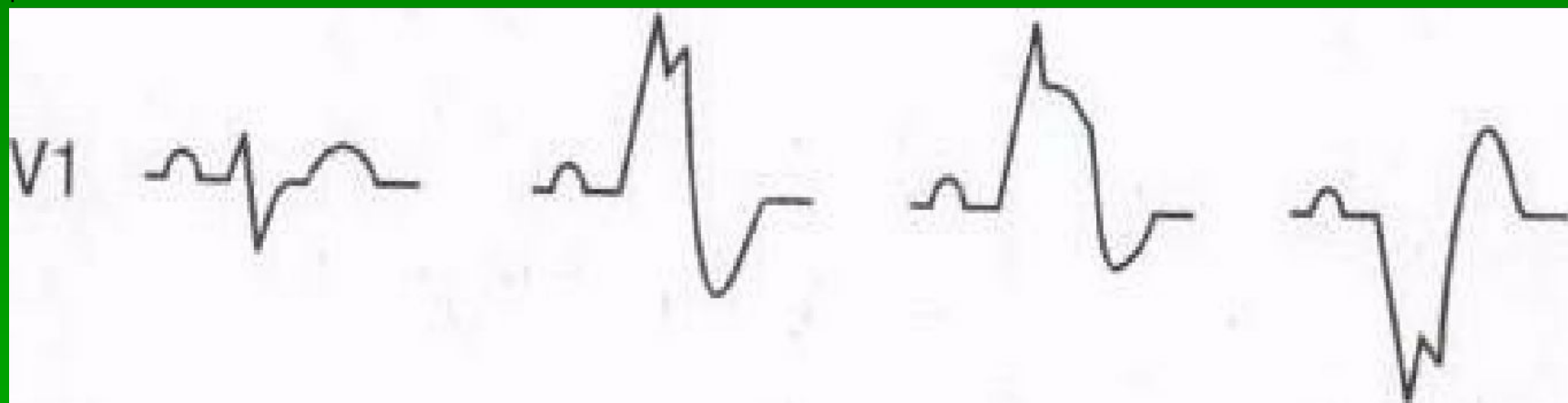
ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ
ИНФАРКТ



ST-подъем

подъем ST-сегмента

Патологический Q-зубец



Норма

БПН

БПН

+

ОИМ

БЛН с

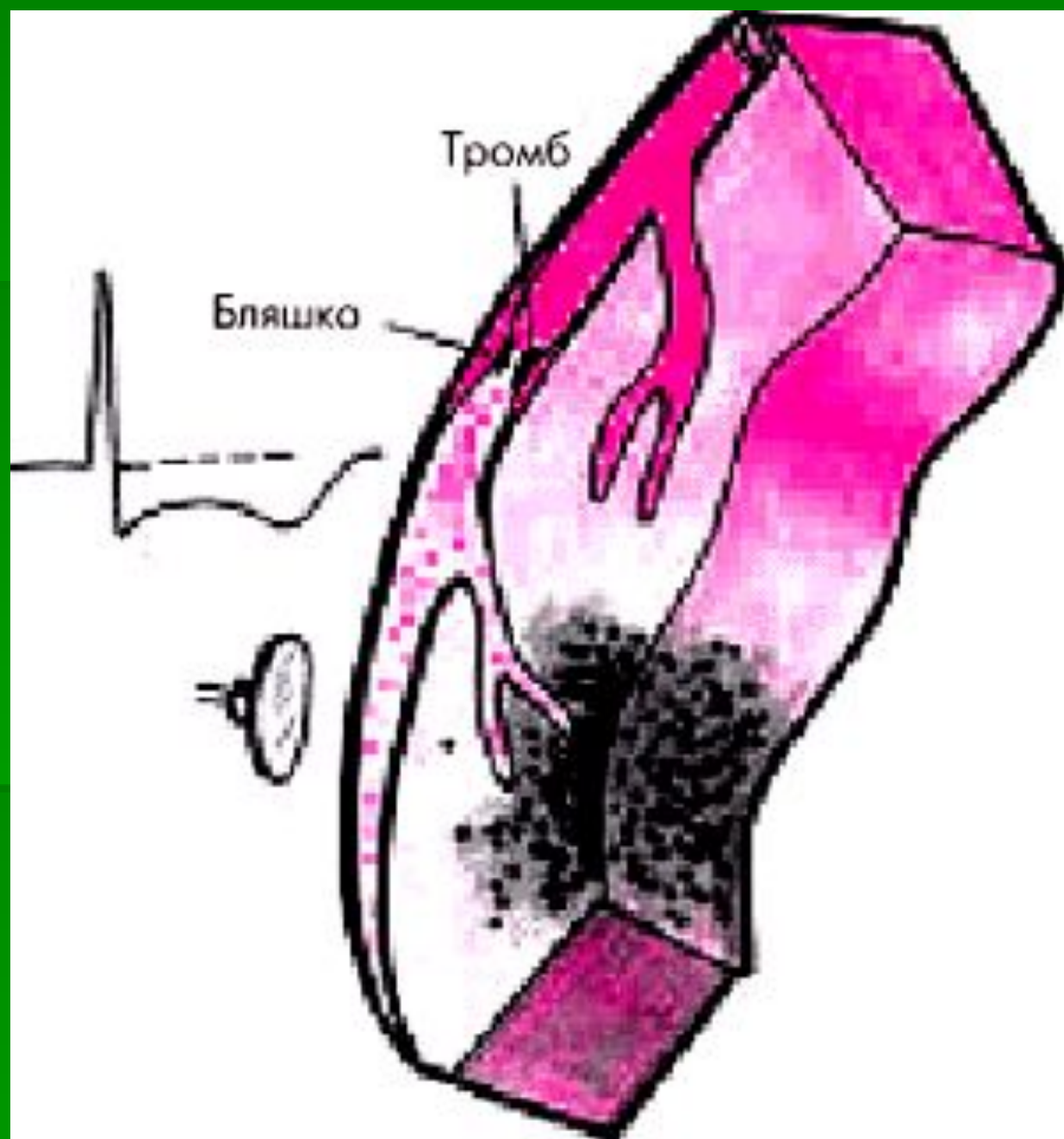
или без

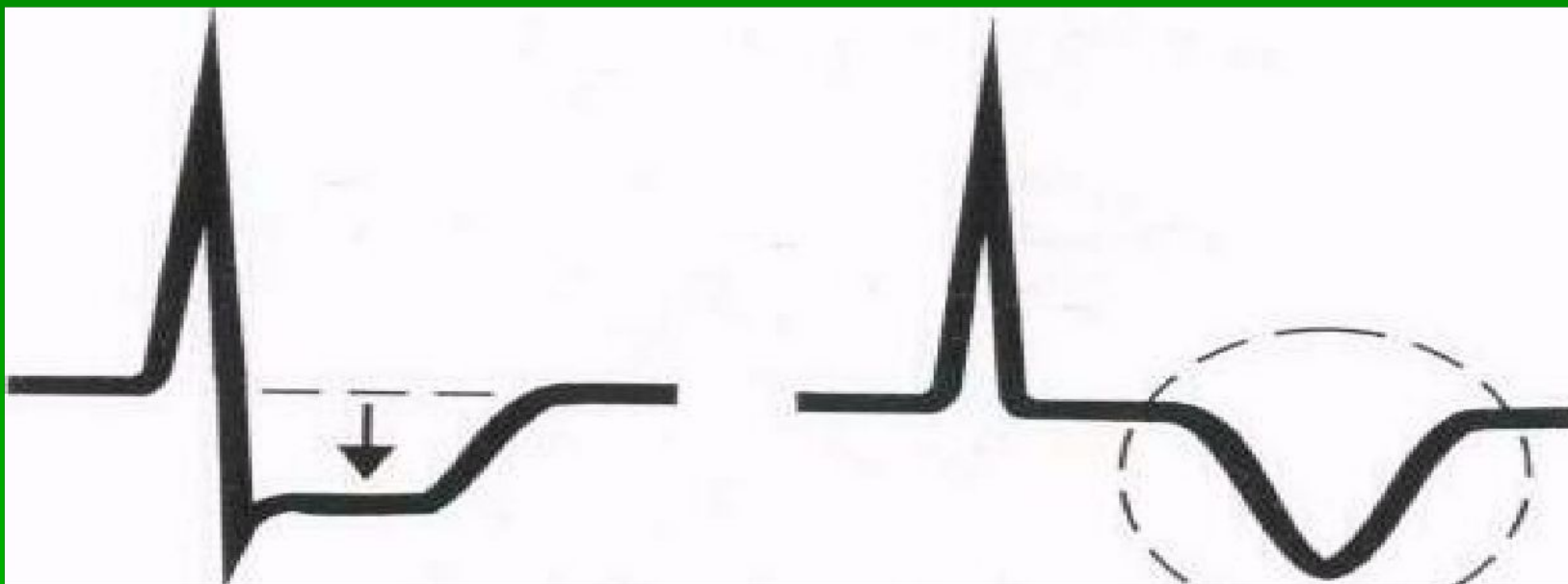
ОИМ

- ST сегментінің тұрақты көтерілуі – коронарлы артерияның жедел толық бітелуінің (окклюзия) белгісі.
- **Емдеу мақсаты** – тамыр қуысын толық тез қалпына келтіру.
- **Тромболитиктермен**
- **Тікелей ангиопластика жасау.**

ЖКС *ST* сегментінің төмендеуімен

- ЭКГ өзгерістері мен кеуде қуысында ауырсынудың болуы науқастарда жедел миокардтың ишемиясының бар екендігін білдіреді,бірақ ST сегменті төмендейді.
- *тұрақты және тұрақсыз ST депрессиясы*
- *T инверсиясы*
- *T тісшесінің тегістелуі*





Депрессия ST-сегмента

"Коронарная" Т-волна

ЖКС **ST** сегментінің төмендеуімен науқастарды

- Ишемияны және симптомдарды жою,
- Электрокардиограмманы бақылау,
- Миокард некрозының маркерлерін анықтау (жүрек тропонині немесе креатинфосфокиназа *МВ-КФК*).

Тұрақсыз стенокардия

- ЖИА-ның уақытша өршуі, ұзақтығы 2 айдан аспайды.
- атеросклерозды бляшканың зақымдалуы
- коронароспазм

Клиникалық түрлері

- Алғаш пайда болған стенокардия
- Үдемелі
- Ерте инфарктан кейінгі стенокардия (48 сағаттан бастап 2 аптаға дейінгі уақыт.)
- Вазоспастикалы Принцметалл стенокардиясы

Критерии нестабильной стенокардии

- Ауырсынудың сипатының, қарқынының және ұстама жиілігінің өзгеруі.
- 15-20 мин асатын тыныштық күйде ауырсыну ұстамасының кенет пайда болуы.
- Физикалық күштемеге төзімділіктің төмендеуі.
- Нитроглицеринге тиімділіктің төмендеуі.
- Түнгі ауырсыну ұстамаларының пайда болуы.
- Инфарктан кейін ерте стенокардия ұстамасының пайда болуы.

Тұрақсыз стенокардиялардың аяқталуы

- Ұзақ ремиссия
- Тұрақты стенокардияға өту
- Жедел миокард инфарктісінің дамуы
- Кенет өлу

Емдеу тәсілі

1. Антиангинальді: β -адреноблокаторлар; нитраттар; блокаторы медленных кальциевых каналов.
2. Антитромбинді ем: гепариндер
Антитромбоцитарлы агенттер:
аспирин; антагонисты рецепторов
к аденозиндифосфату
(тиенопиридины); блокаторы
гликопротеиновых IIb/IIIa
рецепторов тромбоцитов.

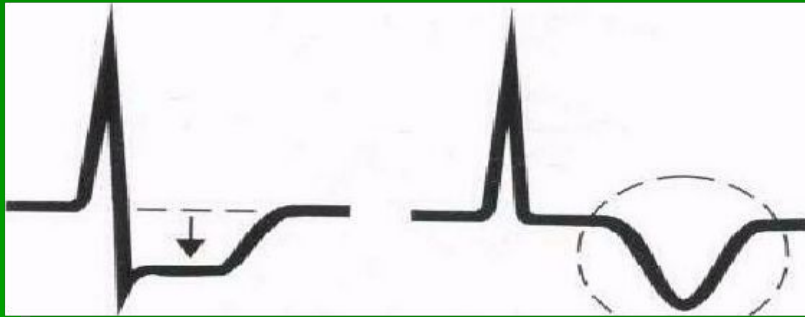
Анықтама

Миокард инфарктісі - бұл коронарлы қанайналым бұзылысы әсерінен миокардтың некрозына әкелетін ЖИА-ның көрінісі.

Классификация

- Зақымдалу тереңдігіне байланысты:
 - Q-мен миокард инфарктісі (трансмуральді және ірі ошақты.
 - Q-сіз миокард инфарктісі (трансмуральді және майда ошақты.

Субэндокардиальная
ишемия



"_^_ ^"

Депрессия ST-сегмента "Коронарная" Т-волна

ТРАНСМУРАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ

ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ
ИНФАРКТ



ST-подъем

подъем ST-сегмента 8

Патологический Q-зубец

■ Таралуына байланысты:

алдыңғы:

- бүйір (I, aVL, V4-V6);
- ұшы (V3-V4);
- перделік (V1-V3);

артқы:

- төменгі (II, III, aVF);
- төменгі - артқы (II, III, aVF, зеркальная картина V1-V3)
- артқы (зеркальная картина V1-V3)

Кезеңдеріне байланысты :

- **Өткір** – Жүрек бұлшықетінд ишемия пайда болғаннан некроз дамығанға дейін (30 мин. - 2 сағ.)
- **Жедел** - некроз аймағының пайда болуы, (2 – 10күнге дейін)
- **Жеделдеу** – тыртық түзілудің аяқталуы (4-5апта)
- **Инфаркттан кейінгі кезең** - тыртықтың түзіліп толық қатаюы. (3-6 ай).

Клиникалық ағымына байланымты:

- асқынбаған
- асқынған

Асқынулары:

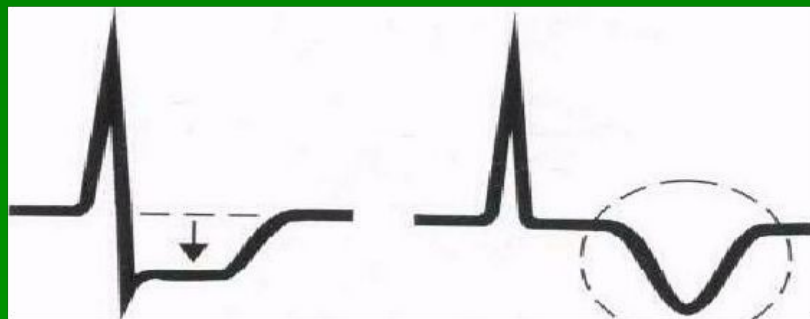
- Кардиогенді шок
- Жедел жүрек жетіспеушілігі: өкпе ісінуі
- Аритмиялар
- Блокадалар
- Кенет өлім

МИОКАРД ИНФАРКТІСІ КЛИНИКАСЫ

- **.Ауырсыну варианты – негізгі көрінісі ангинозды ауырсыну.**
- **.Абдоминальды түрі.**
- **.Атипті ауырсыну.**
- **.Астматикалық түрі.**
- **.Аритмиялық.**
- **.Цереброваскулярлы.**
- **.Симптомсыз (у 15-20%).**

ЭКГ диагностика инфаркта миокарда

Субэндокардиальная
ишемия



"Λ _ Λ"

Депрессия ST-сегмента "Коронарная" Т-волна

ТРАНСМУРАЛЬНАЯ
ИШЕМИЯ

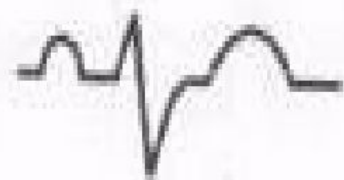
ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ
ИНФАРКТ



подъем ST-сегмента 8

Патологический Q-зубец

V1



Норма

БПН

БПН

+

ОИМ

БЛН с

или без

ОИМ

Жедел көмек

- **1. Нитраттар** – Нитроглицерин 0,5 мг табл. немесе 0,4 мг аэрозолде с/л.
- **2. Наркотикалық анальгетиктар-**
Морфин 1 мл 1% ерітіндіні 20 мл физ.ерде, 10-15 мин. сайын 2-5 мг-нан ауырсыну басылғанға дейін бөлшектеп енгізу.

Тромболитикалық терапия

- **Стрептокиназа 1500000 ед. 100 мл физ.ер-де**
в/і. 30–60 мин. аралығында

Каогуляцияға қарсы ем

Гепарин 4 мың.бірлікте. в/і

- **Агрегацияға қарсы аспирин 300 мг**
шайнау.
- **Клопидогрель (плавикс, клопигрель)**
ішке 300 мг (4 таблетка)

- Миокард инфарктісінде аспиринді тағайындау 1000 науқастың ішінен 25 өлімнің немесе 10-15 миокард инфарктісімен инсульттің алдын алады.

