

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

*Қабылдаған : Тургунова К. А*

*Орындаған : Алиманов Б*

*Тобы : ТҚ-604*

# Артериялық қын қысымының жоғарылауы.

Жоғарылаған артериалық қысым тыныштық жағдайда түрлі уақытта, кем дегенде үш өлшем көрсеткішінің нәтижесінде САҚ 140 мм.с.б. және жоғары және/немесе ДАҚ 90 мм.с.б. және жоғары тұрақты көтерілуі. Науқас бұл кезде АҚ көтеретін де, түсі ретін де дәрілік заттарды қабылдамауы қажет.

АГ дiрежелерi:

1 дiреже 140-159 / 90-99

2 дiреже 160-179 / 100-109

3 дiреже  $\geq 180$  /  $\geq 110$

- Ағым мінезі бойынша:
- 1. Қатерсіз ағым -аурудың баяу ағымымен мінезделеді;
- 2. Қатерлі ағым -жиірек АГ екіншілік формасында.
- 3. АГ криздік ағымы – АҚ күрт жоғарылауымен мінезделеді.

- Дәрі дәрмектік терапия:
- 1. Диуретиктер: гидрохлортиазид 12,5- 25 мг, индапамид 1, 5 – 2,5 мг/тәу.
- 2.  $\beta$ -блокаторлар: атенолол 25-100мг 1-2 рет, бисапролол 25 -100 мг/тәу.
- 3. АПФ ингибиторлары: эналаприл 10-20 мг/тәу.
- 4. Кальций антогонистері: амлодипин 5-10 мг/тәу, нифедипин-ретард 30-60 мг/тәу.
- 5.  $\alpha$ -блокаторлар: доксазозин 1-8 мг/тәу.

- Асқынбаған ГК кезіндегі емдеу тактикасы –3-6 сағат бойы бақылау.
- АҚ таблетка түріндегі дәрілік заттармен біртіндеп төмендету.
- • Нифедипин – 10-20 мг ішке қабылдауға, шайнау қажет(ми гемодинамикасының
- Нашарлау белгілері және тамырлардың атеросклероздық зақымдалуы болмаған кезде)
- • Эналаприл – 1,25 мг в\і , 3 мин бойы жайлап.

- Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:
- 1. Гидрохлортиазид 25 мг табл
- 2. Индапамид 2,5 мг табл
- 4. Бисопролол 50мг, 100мг табл
- 5. Эналаприл табл, 2,5 мг, 10 мг; ампуладағы ерітінді 1,25 мг/1 мл
- 6. Амлодипин табл, 5 мг, 10 мг
- 7. Нифедипин 10 мг, 20 мг, табл
- 8. Доксазозин 1 мг, табл
- 9. Натрия нитропруссид 50 мг ин.үшін ерітінді
- 10. Атенолол табл, 50 мг, 100 мг

- **ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ КРИЗ**

- Гипертониялық криз – клиникалық синдром. ГК немесе симптоматикалық АГ кенеттен басталуымен және жедел күшеюмен сипатталады, артериялық қысым жылдам жоғары шекке жетеді, ми, жүрек қан тамыр және жалпы вегетативті бұзылудың субъективті және объективті көріністері байқалады.



- Дәрідәрмексіз терапия.
- Салауатты өмір салтын жүргізуді ұсыну қажет
- (темекіні тастау, алкгольді шектеу, салмақ тастау және физикалық белсенділікті арттыру),
- тұз шектелген диетаны сақтау(тәулігіне 5-6 г дейін азайту).

- **Гипертониялық криздің диагностикалық өлшемі (науқастың шағымы):**
- салыстырмалы кенеттен басталады (бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін)
- АҚ дербес жоғары деңгейде. Кризде тек систологиялық немесе систоло-диастолалық қысым жоғарылауы мүмкін (Кушаковский М. С., 1995);

- энцефалопатияның белгісі болатын орталық жүйке зақымдалуының белгілерімен сипатталатын шағымдар (күшті бастың ауырсыну сезімі, бас айналу, жүрегі айну, құсу, көрудің бұзылуы, мүмкін мидың ошақтық симптомдары);
- жүректік шағымдар (кеуде тұсының ауырсынуы, жүректің қағуы, шалыс соғу, мүмкін ендігу);
- вегетативті дисфункцияның белгісі болатын жүйкелік сипаттағы шағымдар (қалтырау, қорқыныш сезімі, ашушандық, тершеңдік, ыстықтау, шөлдеу, несептің көбеюі)

- **Қараудың көрсеткіштері:**
- жүрудің тұрақсыздығы;
- беттің қызаруы;
- естің бұзылуы;
- қолдың дірілдеуі;
- қозу (адинамия);
- АҚд және АҚс жоғарылауы
- пульс қысымының төмендеуі;
- брадикардия;
- тартысу мүмкін.

- **Криздің I типі** – АҚ бір сағат ішінде төмендетуді талап етеді (қарқынды емдеу бөлімінде ауруханаға жатқызу көрсеткіші: жедел қолқаның диссекциясы, жедел орталық жүйке бұзылысы, жедел жүрек бұлшық етіне қан жетіспеу, гипертониялық энцефалопатия, ОНМК, эклампсия, феохромоцитома).

- **Криздің II типі** – АҚ 12-24 сағат ішінде төмендетуді талап етеді: жоғары диастолалық гипертензия (>130 мм с.б.) асқынусыз; гипотензивті дәрілерге сезімталдығы анық синдром; жүйелік СКД кезіндегі бүйректік криз.

- **Клиникалық көрінісіне қарай үш түрге бөлінеді:**
- 1) астматикалық – АҚ жылдам жоғарылайды, сол қарыншалық жетіспеушілік, жүректік демікпе ұстамасы, ал ауыр жағдайда мидың ісінуі байқалады.
- 2) ангинозды – АҚ кенет жоғарылаған фонында жүректік демікпе ұстамасы стенокардия және миокард инфаркті дамиды.
- 3) аритмиялық – кенет тахикардия пайда болады, пароксизмальды тахикардия немесе трепетанды жүрекшенің себебінен болуы мүмкін.
- 4) эпилептиформалы (тартысу) түрі

- **ЕМДЕУ.**

- Гипертониялық кризді емдеудің міндеті көп жағдайда артериялық қысымды қалыпты жағдайға жеткізу емес, артериялық гипертензия деңгейін субнормалды деңгейге жеткізу (150 - 170/95 - 100 мм с.б. ). АҚ жылдам төмендету мидың, таж артериясының және бүйректің қан айналысын төмендетуі мүмкін. АҚ қалпына келтіру жүкті әйелдердің кеш токсикозы, балаларға, қолқа қабатының жыртылуы бар АГ науқастардың көрсеткіші.



- **МЕЙІРБИКЕЛІК ҚАТЫСУ.**

- науқасты физикалық және психикалық тыныштықпен қамтамасыз ету.
- дәрігерді шақыру;
- палатаны тексеру;
- науқасты горизонтальды күйде жатқызу;
- қолын және аяғын қыздыру;
- балтырдың бұлшық етіне қыша қою;
- маңдайға суық компресс;
- 0,325 г. ұнтақталған аспирин беру, 10мг нифедепинді тіл астына беру (коринфара)
- дәрігердің тағайындауы үшін 1мл 0.01% клофелин; 10мл 2,4% эуфиллин, 40-80 мг фуросемид (лазикса), 2мл 5% пентамин, 50 мг лабетолол, 5мл 25% магния сульфат дайындап қою.
- дәрігер дайындаған препаратты алып кіру
- науқастың АҚ, пульсін бақылау.

- Гипертониялық криздің I типінде науқастың жағдайы дәрі қабылдауға жарайды, дәрі қабылдағаннан кейін 1-2 сағаттан кейін қан қысымы төмендейді. Резерпин 1-2,5 мг. бұлшық ет ішіне береді. Қажет болғанда 4-6 сағаттан кейін қайталауға болады. Жалпы мөлшері тәулігіне 5 мг. аспау керек. Өнімі жақсы 80 мг. фуросемидпен резерпин комбинациясы. Немесе резерпин + этакрин қышқылы 100 мг.. Дибазол 6-12 мл. бұлшық ет ішіне немесе көктамыр ішіне беру керек.

- Гипертониялық криз II типінде 10-15 минут ішінде АҚ төмендету және гиповолемияны, мидың ісінуін жою керек. Осы мақсатпен 0,15-0,3 мг. клофелинді көк тамыр ішіне енгізу керек. 10-15 мин. өнімі көрінеді, қажет болғанда 1-4 сағаттан кейін қайталауға болады. Клофелин норадреналиннің босауын тежейді, оның әсері ганглиоблокатор тектес.

- **Гипертонилық криз, жедел сол қарыншалық жеткіліксіздікпен асқынғанда** ганглиоблокаторы - 0,5 - 1 мл 2,5% бензогексон ертіндісін, 0,5 - 1 мл 5% пентамин ертіндісін қолданып тізгіндеуге болады. **Гипертониялық криздің нейровегетативті түрінде** клофелинді 0,5 - 1 мл 0,01% ертіндісін 10 - 20 мл физиоертіндісіне қосып беруге болады. Өнімі болмағанда — көктамырда лазикс беріледі.
- **Гипертониялық криздің су-тұз (ісіну) түрінде** диуретиктер арқылы тізгіндейді (нифедипин фонында). Эпилептикалық (тырысқақ) түрін нитропруссид натримен және лазикс (80 мг тамыр ішіне) немесе магний сульфатымен (20 мл 25% ертіндісін көк тамырдан баяу беру внутривенно медленно) емдейді. Криз кезеңінде науқас қолданатын гипотензивті дәрілердің барлық түрінің мөлшерін арттырып қолданады.

- 
- **Асқынбаған кризді емдеу:**
- 1. Нифедипин – 10-20 мг шайнап ішу (ми гемодинамикасының нашарлауы және қан тамырларының атеросклеротикалық зақымдануы белгілері болмағанда).
- 2. Эналаприлат – 1,25 мг в\і, 3 минут ішінде, баяу.
- 3. Каптоприл – 25-50 мг тіл астына (ИАПФ тобының қысқа мерзімді әсері бар осы дәрісін асқынбаған ГК-ні тыю (басу) үшін өмірлік қажетті дәрі-дәрмектер тізіміне қосу ұсынылады).
- 4. Клонидин – 0,075 мг тіл астына (клонидин ішпей жүрген кезде қан қысымы күрт көтерілсе қабылдау керек).
- 5.  $\beta$ -блокаторлар: анаприлин 10-40 мг; пропранолол 40-80 мг.

- **Жіті коронарлық синдроммен байланысты гипертониялық криз.** Венаға нитроглицерин (5-200 мкг/мин.) инфузиясы жасалғаны дұрыс. Миокард ишемиясы кезінде нитропруссид натрийді қолданбаған дұрыс.
- **Аортаның қатпарлы аневризмасы.** Пропранолол 1-3 мг немесе верапамил 5 мг венаға құйылады, нитроглицерин в/і, морфин.
- **Профилактикалық шаралар:** негізгі қауіп-қатерлі факторларды жою.
- **Әрі қарай жүргізу:** диспансерлік бақылау.

- **ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

- **Госпитализациялау үшін көрсетімдері:** асқынған гипертониялық криз, яғни, ҚҚ-нің көтерілуімен қабаттасқан келесі жағдайлар диагноздары анықталады:
  - - жіті гипертониялық энцефалопатия;
  - - жіті ми қан айналымының бұзылуы;
  - - жіті жүрек солқарыншасы қызметінің жетіспеушілігі (жүрек астмасы, өкпе ісінуі);
  - - жіті коронарлы синдромы (миокард инфарктісі, қалыпсыз стенокардия);
  - - қатпарлы аорта аневризмасы;
  - - ауыр артериалды қан құйылу;
  - - эклампсия.

## Миокард инфаркті(МИ)

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% кұрайды. Өлімділік жағдайдың көбісі ауруханаға дейін орын алады.



- 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 325мг шайнау.
- 3. Оксигенотерапия.

4. Ауыру сезімін басу үшін (айқын ауыру сезімге, жалпы жағдайына, жасына байланысты) Морфин 10 мг 2-4 мг б/п 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,  $\alpha$ -адренорецептор блокадасын, перифериялық вазодилатациясы және АҚ төмендеуін шақырады. Сонымен қоса дроперидол АВ өткізгіштікті баяулатып, құсуға қарсы әсер крсетеді. Дроперидол млшері 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 к/т баяу тамшылату.
- 6. Қарсы крсеткіштері 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 к/т тамшылатып;
  - ♦актилиз, альтеплаз, плазминогеннің тіндік активаторы: 90 минут ішінде 3 этапта – 15мг к/т болюсті, 30 минут ішінде 50мг к/т тамшылатып және 60 минут ішінде 35 мг к/т тамшылатып, бір уақытта гепарин тағайындау керек дозасы 5000 МБ к/т
- аспирин дозасы 160-300мг.