

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік
Фармацевтика Академия

Тақырыбы: Аритмиялар (өміріне
қауіп төндірген аритмия кезінде
ауруханаға жатқызғанға дейін
шұғыл және жедел көмек
көрсету)

Орындаған: Серикова.А.С

- **Кенет өлім:**
- 1. Кардиогендік: асистолия, қарыншалық фибрилляция, пульссіз қарыншалық тахикардия, электромеханикалық диссоциация.
- 2. Кардиогендік емес: қарыншалық фибрилляция, пульссіз қарыншалық тахикардия, электромеханикалық диссоциация.

- **Диагностика критерилері**

- Тиімді қанайналымның кенеттен тоқтауының белгілері:**

- 1. Ес-түсі болмайды.
 - 2. Ірі магистральды артерияларда пульсация анықталмайды.
 - 3. Тынысы агониялы немесе болмайды.
 - 4. Қарашықтары кеңейген, жарыққа реакциясы жоқ.
 - 5. Тері жамылғылары бозғылт-сұр, кейде цианозды.

- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**

- 1. Ес-түсінің бар-жоғын анықтау.
 - 2. Ұйқы артериясының (күретамырдың) екі жағынан пульсациясын тексеру.
 - 3. Жоғары тыныс жолдарынан ауа өтуін қамтамасыз ету.
 - 4. Қарашықтардың көлемін анықтау және олардың жарыққа реакциясын тексеру (ресусситация барысында).
 - 5. Дефибриллятор (ЭКГ) монитори бойынша тиімді қанайналымның кенеттен тоқтауының түрін анықтау (ресусситация барысында).
 - 6. Тері жамылғыларының түсін бағалау (ресусситация барысында).

- **Емдеу принциптері:**

- 1. Жүректің тиімді жұмыс атқару қызметін қалпына келтіру ЖӨМР шараларын бастау уақытына және шаралардың дұрыс жүргізілуіне байланысты.
- 2. Пациенттің бас жағын және денесін қатты жерге жатқызу кеуде помпасының тиімділігін арттырады.
- 3. Аяқты 30-40° көтеру, жүрекке қанның пассивті оралуын арттырады – күштемеалдылық жиырылуды күшейтеді.
- 4. Кеудеге кезекті компрессия жасау арасында тіркелетін абдоминальдық компрессия жүргізу күштемеалдылық жиырылуды күшейтеді және коронарлық перфузиялық қысымды көтереді.
- 5. Кеңірдек интубациясынан кейін жүректің ашық массажы қысымның тиімді градиентін құрайды және ми мен жүрек перфузиясын күшейтеді, осының салдары ЖӨМР 2 сағатқа дейін созуға, биологиялық және қоғамдық өмірді қалпына келтіруге мүмкіндік береді.
- Ауруханаға дейінгі сатыда емдік шараларды тек арнайы үйретуден өткен медицина қызметкерлері жүргізеді!

- **Қарыншалық фибрилляция:**

- 1. Тиімді қанайналымның тоқтаған уақыты 30 сек.асып кетпесе, прекордиальдық соққыны дефибрилляторды жұмысқа дайындау кезінде жүргізеді. Есте сақтаңыздар, прекордиальдық соққының өзі асистолия мен ЭМД дамуын тудыруы мүмкін!
- 2. Көкірек компрессиясы (1 мин 60-80 рет).
- 3. ӨЖЖ алдымен Амбу қапшығымен «ауыздан-ауызға» дем беру. Кеңірдек интубациясынан кейін 100% оттеқ қолдану.
- 4. Венепункция немесе венокатетеризация.
- 5. ЭКГ.
- 6. Тек ірітолқынды фибрилляция кезінде дефибриллятор разряды: 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж беріледі. Разрядтар бірінен кейін бірі ЖӨМР жалғастырусыз және пульсті тексерусіз жүргізілуі керек.
- 7. Нәтижесі болмаса: эпинефрин (0,1%) венаға 1,0 мл (1 мг) 10 мл изотониялы ерітін. NaCl, сонан соң ЖӨМР жүргізіледі және ЭИТ қайталанады – 360 Дж.
- 8. Нәтижесі болмаса: амиодарон (кордарон) 300 мг 20 мл 5% глюкоза ерітіндісін венаға құяды; амиодарон болмаған жағдайда - лидокаин 1,5 мг/кг венаға құю. ЖӨМР - ЭИТ (360 Дж). ҚФ себебін іздеу.

- 9. Нәтижесі болмаса: эпинефрин 3,0 мг венаға, натрий бикарбонаты 2 мл 4% ерітіндісін 1 кг (1 ммоль/кг) венаға, амиодарон 300 мг 20 мл 5% глюкоза ерітін. (лидокаин 1,5 мг/кг венаға) СЛМР – ЭИТ (360 Дж).
- 10. Нәтижесі болмаса: магний сульфаты 5-10 мл 25% ерітіндісін венаға және/немесе пропранолол 0,1% - 10 мл венаға ЖӨМР – ЭИТ (360 Дж).
- 11. Нәтижесі болмаса: торакотомия, дәрілік ем мен ЭИТ қосып жүрекке ашық массаж жүргізу.
- 12. Егер ҚФ жойылса: гемодинамиканы бағалау, постконверсиялық ритмнің сипатын анықтау. Оң әсер берген, аритмияға қарсы жүргізіліп жатқан инфузияны жалғастыру.

- **Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралардың тізбесі**

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау:

- ЭКГ;
- ЭКГ-ны Холтерлік мониторинг;
- Эхокардиография.

- **Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау:**

Органикалық церебралды патологияға күдіктенгенде немесе генезі айқын емес синкопелік (талып қалатын) жай-күйлер кезінде:

- бассүйек пен омыртқа бағанының мойын бөлігінің рентгенографиясы;
- көз түбін және көру өрістерін зерттеу;
- ЭЭГ;
- 12/24 сағаттық ЭЭГ (ұстамалардың (пароксизм) эпилепсиялық генезіне күдіктенген кезде);
- эхоэнцефалоскопия (мидың ауқымды үдерістеріне және бассүйекішілік гипертензияға күдіктенген кезде);
- компьютерлік томография (мидың ауқымды үдерістеріне және бассүйекішілік гипертензияға күдіктенген кезде);
- ультрадыбыстық доплерография (экстра- және интракраниалдық тамырлардың патологиясына күдіктенгенде);
- жалпы қан анализі (6 өлшемді)
- жалпы несеп анализі;
- шөгудің (преципитация) антилипидті антигенмен микрореакциясы;
- қаның биохимиялық талдауы (АлАТ, АсАТ, жалпы ақуыз, билирубин, креатинин, несепнәр, глюкоза);
- коагулограмма;

- АИТВ-на ИФА;
 - В, С вирусты гепатиттерінің маркерлеріне ИФА;
 - қан тобы, резус фактор;
 - кеуде қуысы ағзаларының шолулық рентгенографиясы;
 - ФГДС;
 - Ілеспелі патологиялар болған кезінде бейінді мамандардың қосымша консультациялары (эндокринолог, пульмонолог);
 - созылмалы инфекциялар ошақтарын жоққа шығару үшін стоматологтың, отоларингологтың консультациясы.

- **Емдеу тактикасы**

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

- Төсектік режим;
- №10 емдәм.

Дәрі-дәрмекпен емдеу

ЭКС орнатқанға дейінгі АВ бөгелу, СТӘС жіті дамуы кезіндегі негізгі дәрілік заттардың тізбесі (міндетті, 100% ықтималдық)

Препарат мөлшері, енгізу жолы 0,1% атропин сульфаты ерітіндісі 1 мл 1 мг вена ішіне 1%, фенилэфрин ерітіндісі 1 мл 1 мл вена ішіне тамшылы түрде 0.18%, эпинефрин ерітіндісі 1 мл 1 мг вена ішіне тамшылы түрде

- **Стационарға емдеуге жатқызылғанға дейін амбулаториялық деңгейде көрсетілетін дәрі-дәрмектік ем:**
Негізгі дәрілік заттар тізбесі (100% қолданылу мүмкіндігі бар)

Негізгілері тәуліктегі саны қолданылу ұзақтығы, қолданылу мүмкіндігі. 10,1% атропин сульфаты ерітіндісі 1 мл 1-21-2100%

- Қосымша дәрілік заттар тізбесі
(қолданылу мүмкіндігі 100%-дан төмен):

**Қосымшалары тәуліктегі саны
қолданылу ұзақтығы, қолданылу
мүмкіндігі. 10.5% допамин ерітіндісі 5
мл 1-2, 1-2 50% 20.18% эпинефрин
ерітіндісі 1 мл 1, 1-2 50% 31% фенилэфрин
ерітіндісі 1 мл 1-2, 1-2.50%**

- **Пароксизмдік тахикардия.** Бұл кенет басталып, кенет аякталатын, минутына 140-250-ге жиілікпен жүретін, дамуы эктопия ошағынан импульстердің «автомат оғын жаудырғандай» бірінен соң бірі жиі шығуынан болатын ұстамалы тахикардия.

- Жүрекшелік пароксизмдік тахикардияның басты себептері: күшті эмоциялар, бас миына күш салынуы, гормондық өзгерістер (тиреотоксикоз, жүктілік, климакс, пубертаттық кезең); никотин, алкоголь, кофенің әсерлері; WPW синдром; гипокалиемиа; дигиталиспен «улану»; жүректің органикалық аурулары. Түйіндік және қарыншалық тахикардияның дамуында дигиталистік интоксикация және жүреісгің органикалық ауруларының рольдері басым.

- **пароксизмдік тахи-кардияның емі** Ең алдымен кезбе нервiсiн механикалық тiтiркендiру әдiстерiн кол-данып көредi, бұлар әсер етпегенде дәрмектерге көшедi. **1.** Чермак-Геринг сынамасы — каротидтiк массаж (қалқанша тәрiздi шемiршектiң жоғарғы шетiнiң төс-бұғана-емiзiк бұлшықетiмен қиылысқан нүктеде ұйқы артериясын 10-20 с басу). Алдымен оң ұйқы артериясын, ал одан оң әсер болмаса, 1-3 минуттан кейiн, сол ұйқы артериясын басады. Жүректiң тоқтап қалу қаупiнен екi артерияны қатар басуға болмайды. **2.** Құсу рефлексiн туғызу. **3.** Шарды үрлеп максимальды керу. **4.** Беттi салқын суға батырып, 10-30 с дем алмау — «суға сүңгу» рефлексi.

- **5.Вальсальв сынамасы** — демді барынша ішке алып, 5-10 с күшену. **6.Данини-Ашнер сынамасы** — бармақтардың ұшымен науқастың жабық көздерін, 1-3 минут аралықпен кайталап, 4-5с басу.

- Кезбе нервiсiн тiтiркендiру әдiстерiнен көмек болмағанда антиарит-миялық дәрмектердi келесi реттiлiкпен қолданады: калий дәрмектерiмен бiрге АТФ—ты 1% ерiтiндiсiнiң 1—2 — 4 мл вена iшiне бiр өзiн | ағызып енгiзедi (түйiндiк тахикардияда ең жақсы әсер етедi, 95% ты яды), ол әсер етпесе — верапамил 2,5% ерiтiндiсiнiң 4 мл бiр өзiн вена iшiне баяу енгiзедi (минутына 0,4 мл), ол әсер етпесе -новокаиномидтiң 10% ерiтiндiсiнiң 10мл физиологиялық ерiтiндiнiң 10 мл-не қосып венаға енгiзедi.

- Жүрек шамасыздығы болса — тахикардия ұстамасын басу үшін жүрек гликозидтерін қолданған тиімді (дигоксин 0,025% — 1 мл, строфантин 0,05% — 0,5 (1 мл). Бірақ, WPW синдромында қарыншалар фибрилляциясының даму қаупінен, гликозидтерді қолдануға болмайды.

- Оның орнына ритмилен, аймалин, этацизин, этмозин ритмонормды пайдаланады. Пароксизмдік тахикардияның салдарынан және антиаритмиялық дәрмектердің әсерінен артериялық қысым күрт төмендеуі мүмкін. Мұндайда норадреналин 0,1%- 1 мл немесе мезатон 1% — 0,5 мл вена ішіне тамшылатып енгізеді. Дәрмектік ем әсер етпесе жүрекшеішілік электрокардиостимуляция немесе электрлік дефибрилляция жасалынуы тиіс.

- **Жүрекшелер фибрилляциясы**
- РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)
Версия: ҚР ДСӘДМ клиникалық хаттамалар – 2013.
Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №165 - 2013)
Жүрек өткізгіштігінің бұзылыстары (АВ бөгелу) МЗ РК) клиникалық хаттамалар - 2014