

**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік
медициналық университеті**

Факультет: Жалпы медицина

Кафедра: Жедел шұғыл медициналық көмек, нейрохирургия мен
анестезиология, реаниматология

Студенттің өзіндік жұмысы

Тақырыбы: Талуды анықтау және жедел
жәрдем көрсету алгоритмі

Орындаған: Муратова А.Т
Кажбалинова А.Б
Ерекешов А.Е
506 Б тобы
Тексерген: Қалиева Б.М

Ақтөбе 2017ж

- **Анықтамасы**

Талу – бас миының өтпелі ишемиясы туындатқан кенеттен есті жоғалту.

- **АХЖ-10 бойынша коды (кодтары): R55 Талу [синкопе] және коллапс**

- Естен тану — аз уақытқа кенеттен ес-түссіз қалу. Ол мидың гипоксиясы әсерінен дамиды. Онда жүрек және тыныс қызметінің әлсіреп, қайта қалпына келуі байқалады. Сонымен бір мезгілде қан тамырлары тонусын реттеудің орталық механизмінің патологиялық өзгеруі (орталық нерв жүйесінің - ОНЖ-нің органикалық зақымдануы, вегето-қан тамырлық дистония), бұлшық ет тонусының өзгеруі (миопатия), жүрек қуысына қан келудің жедел шектелуі (жедел жаппай қан жоғалту, құрысу синдромы, перикардиттің констриктивтік формасы), жүрек зақымдануы (аорталдық ақаулар, анық білінетін брадикардия, миокардиттер) және с.с. шақыратын қысқа мерзімді естен тану. Қысқа мерзімді естен тануға әр түрлі себептер жетелейді. Оның негізінде мидың оттегілік ашығуы жатады. Оны ми қан тамырларының түйілуі (спазмы - қорқу, қатты ауыру), дем алатын ауадағы оттегінің аз болуы (тар бөлме), қан қысымының күрт төмендеуі (гипотензивтік препараттарды, ганглиоблокаторларды қабылдау, шалт орыннан тұру) шақыруы ықтимал. Сондай-ақ оны елеулі кеселдердің де шақыруы мүмкін (ішкі қан кету, брадикардияға бейім жүрек ырғағының бұзылысы). Уақытша естен тану қояншықтың (эпилепсияның) белгісі ретінде де білінеді.

Осындай естен тану үш кезеңнен тұрады:

- ï естен тану алды,
- ï естен тану,
- ï естен танудан кейінгі жағдай.



Естен тану алды. Науқас әлсіреп, көзі қарауытып, құлағы шуылдап, басы айналып, жүрегі айнып, тершеңдік басады, терісінің бозаруы бірнеше секундтан бір минутқа дейін созылады.

Естен тану. Науқас есінен танады, бұлшықеттерінің тонусы төмендеп, терісі бозарады, тынысы беткейлі болады. Есін бірнеше секундтан бір минутқа дейін жоғалтады. Кейде ми қанайналымының тоқтауына байланысты тонико-клоникалық тырысулар болып, еріксіз зәр шығаруы мүмкін. Көз қарашықтары тарылады (кейде кеңейеді). Жарыққа реакциясы болмайды, рефлекстері де жоғалады. Науқастың пульсі әлсіз, АҚҚ қалыпты немесе төмендейді. Жүрек тондары тұйықталған. Тынысы беткейлі, сирек. Кейде есі 10-20 минутқа дейін жоғалады.

Естен танудан кейінгі жағдай. Науқас есіне келген соң, оның тері қабаттары өз калпына келеді, пульстің толымы жақсарады, АҚҚ қалпына келеді. Ол кейде өзінің есінен танып қалғанын білмейді, жан-жағындағылардан не болғанын сұрастырады. Кейбіреулер әлсіздікке, бастарының ауырып тұрғанына шағымданады.

Синкопты жағдайлар негізгі 3 топқа бөлінеді:

Ø нейрокардиогенді,

Ø кардиогенді,

Ø ангиогенді.

Нейрокардиогенді естен танулар.

Бұл күйлер ауасы тар жерлерде, қатарда тұрғанда дамиды. Оны жан күйзелістері, қорқыныш, қанды көру, ауыру сезімдері сияқты өршітуші факторлар тудырады. Сонымен қатар бұл топқа жөтелгенде, күшенгенде, жұтынғанда дамидын естен танулар жатады. Мұндай естен танудың түрі қан тамырлық тонустары төмен, артериялық қан қысымының төмендеуіне бейім және вестибулярлық бұзылыстары бар адамдарда дамиды. Нейрокардиогенді естен танулардың алдында естен тану алды кезеңі болады. Онда науқастың терісі бозарып, әлсізденіп, басы айналады, көзі қарауытады, лоқсиды.

Кардиогенді естен танулар.

Олар аритмиялық және обструктивті болып бөлінеді. Аритмиялықтар: брадиаритмиялық (синусты түйіннің тежелуі, толық АВ блокадасы); тахиаритмиялық (қарыншалық тахиаритмиялық пароксизмдер, қарыншалық діріл). Обструктивті (жүрек лақтырысының кедергісін көбейтетін ауруларда дамиды): сол қарыншадан (қолқа стенозы); сол жүрекшеден (домалақ тромбтар, миксомалар); оң қарыншадан (өкпе артериясының тарылуы, ӨКҚК). Кардиогенді естен танулар науқастың өміріне қауіп туғызатындықтан, оларды жедел кардиологиялық асқынуларға жатқызуымыз керек.

Аритмиялық асқынулар кардиогенді синкопальді күйлерді тудыратын ең жиі себептердің бірі. Олар көбінесе айқын брадиаритмиялық немесе тахиаритмиялық күйлерде дамиды. Аритмиялық естен тануларда естен тану алды кезеңі болмайды. Мысалы, науқас тыныштық қалыпта (кітап оқып, теледидар көріп отырып) есінен танып қалуы мүмкін. Оның пульсінің жиілігі минутына 20-40 төмендеп кетеді.

Тахиаритмиялық түрлерінде (қарыншалық жыбыр мен діріл). Мұнда қанайналымның ауыр бұзылыстары дамиды. Жүректің жиырылу жиілігі минутына 180-220 дейін барады. Науқас кенеттен өліп кетуі де мүмкін.

Обструктивті естен танулар жүрек лақтырысына механикалық кедергілер болғанда дамиды. Қолқа қақпақшасының стенозы бар науқастар, физикалық күштемелер түскенде есінен танады. Сол жүрекшенің домалақ тромбы бар науқастар, көбінесе отырып тұрғанда немесе тұрып отырғанда есінен танып қалуы мүмкін. Есінен танар алдында науқас еңтігеді, терісі көгереді. Ал сол жүрекшелік миксомасы бар науқастарда еңтігу, цианоз, тахикардия байкалып, тұрған жерінен есін жоғалтуы мүмкін. Сонымен қатар обструктивті кардиогенді естен танулар біріншілік өкпелік гипертензияларда немесе ӨКҚҚ, кейде қолқаның қатпарлы аневризмаларында, қақпақша протездерінің жұмысы бұзылғанда дамиды.

Ангиогенді естен танулар.

Оның ортостатикалық және цереброваскулярлы түрлері бар. *Ортостатикалық түрлері* жиі кездеседі. Ол науқастың горизонтальді күйден вертикальді қалыпқа ауысқан кездерінде дамиды. Кейбір ортостатикалық естен танулар ұзақ уақыт төсекте жатқандарда, сұйықтықтар мен қан жоғалтқанда, аяқтардың көк тамырлары варикозды кеңейгенде, жүктіліктерде, диабетикалық нейропатияларда дамиды. Сонымен қатар екіншілік естен танулар дәрілер немесе дәрілік естен танулар (гипотензивті пентамин, клофеллин, в-адреноблокаторлар, нитраттар, диуретиктер, транквилизаторлар және т.б) қолданғаннан кейін дамиды.

Цереброваскулярлы естен танулар. Бұл ми артерияларының (көбінесе атеросклерозды) зақымдануларында, миды қамтамасыз ететін қантамырлары (ұйқы, омыртқалық, бұғана асты) тарылғанда дамиды. Сонымен қатар сол қантамырларының тонустары өзгергенде, шаншылғанда және АҚҚ төмендегенде де дамуы мүмкін. Цереброваскулярлы естен танулар кенеттен дамып, және басқа түрлеріне қарағанда ұзағырақ болады.

қауіп қатерлі факторлар:

- артериалдық гипотензия,
- брадикардия,
- айналымдағы қан көлемінің азаюы немесе веналық қайту,
- жүректік шығарылымның төмендеуі,
- жүрек ритмінің бұзылуы,
- цереброваскулярлық аурулар,
- түрлі этиологиядағы ауыру,
- анафилаксиялық реакция,
- теріс эмоциялар.

- **Диагностика критерилері**

Науқастың төмендеуі «шөгуі», тері жабындыларының бозаруы, PS төмендеген немесе анықталмайды, АД күрт төмендеген, беткейлік тыныс.

- Балаларда қоршаған ортаға адекватты реакцияның болмауы (күрт тежелу, ұйқышыл, дыбысқа, ашық түстерге, жарыққа реакция жоқ).

-

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Анамнез жинау – талмаға әсер ететін жағдайлар, дәрілік анамнез және басқа.

- 2. Объективті тексеру – физикалық деректер (гипотензия, пульстің айырмашылығы, жүректегі шу, брадикардия, беткейлік тыныс және басқалар).

Естен танудың диагностикасы қиындық туғызбайды. Бірақ оның негізгі себебін және патофизиологиялық механизмін анықтау қиындау болады. Өйткені ұстамалар арасында аурудың белгілері болмауы мүмкін.

Егер ауру дәрігер келгенге дейін есінен танған болса, онда қасындағылардан мына жоспар бойынша сұрастыру керек:

- уақытын, қай жерде болғанын, себебін (ыстық, қобалжу, кенеттен тұру > физикалық күштемелер ж.т.б.),
- айқай, тері қабаттарының түрі: бозару, қызару, көгеру, пульсі: жиіленуі, ырғақтығы, толымдылығы,
- Қимылы: тырысулар, құлағанда алған жарақаттары, еріксіз зәр шығару, естен танудың ұзақтығы, қайта есін жию белгілері: бас ауыру, есеңгіреу, сөйлеу қабілетінің бұзылуы және т.б.

Естен танудың себептерін анықтау үшін өмір анамнезін, ауырған ауруларын, ұстама арасындағы шағымдарын, ұстаманың жиілігі мен кезеңдігін, естен тануды тудыратын себептерін, естен танудың ерекшелігін (белгілері) анықтау керек. Қарап тексеру (пульсі, АҚҚ), ЭКГ анализ, неврологиялық тексеру, зертханалық зерттеулер (гемоглобин, эритроциттер, қандағы қанттың мөлшері).

Естен тануларды басқа аурулармен салыстыру қажет: қояншық ұстамалары, истерикалық естен танулар, гипогликемиялық естен танулар, ми қанайлымының бұзылыстары.

Первая помощь при обмороке



НАПОПРАВКУ

Естен тануларда көрсетілетін жедел жәрдем

- 1) Егер естен тану немесе естен танғаннан кейінгі уақыт ұзаққа созылып жатса: аурудың аяқ жағын көтеріңкі, бас жағын төменірек етіп жатқызамыз. Сонан соң киімінің түймесін ағытып, таза ауа енгізу керек. Беті мен кеудесіне суық су шашу және жағына шапалақпен ұру сияқты әдістер қолданылады.
- 2) Науқасқа нашатыр спирті, сірке қышқылы, эфир сияқты заттарды иіскету керек. Аяқтарына жылы басуға болады.
- 3) Егер науқас есіне келмесе, тері астына немесе бұлшық етке 1-2 мл кордиамин немесе 10% 1-2 мл кофеин ерітінділері енгізіледі.
- 4) Қан қысымы төмен болса 5% эфедрин немесе 1% 1 мл мезатон ерітіндісі б/е енгізіледі.
- 5) Аритмиялық естен тануларда: толық АВ болкадаларда (Моргани-Адамс-Стокс ұстамасы)- 0,1% 0,5-1 мл атропин ерітіндісін т/і 2,4% 5-10 мл эуфиллин ерітіндісін к/т енгіземіз;
- 6) пароксизмалды тахиаритмияларда — 10% новокаинамид ерітіндісін көк тамырға баяу енгізу керек. Ал гипогликемиялық естен тануларда 40% 40-60 мл глюкоза ерітіндісін көк тамырға енгіземіз.
- 7) Науқастың пульсі мен АҚҚ қалпына келіп, есін жиған соң, тыныштық күйді сақтауды талап етіп, бақылауға алу керек.

Учимся оказывать помощь при обмороке

Обморок – кратковременная потеря сознания (обычно он длится не более 2-3 минут). Поводов к нему много: сильное волнение, плохое питание, жара или духота, внутреннее кровотечение, кровопотеря, отравление, какое-либо заболевание и т.п.

Внимание: Невозможно сразу понять, что стало причиной обморока, и предсказать, не перейдет ли обморок в кому. Увидев человека, внезапно потерявшего сознание, перво-наперво вызываем "скорую". Одновременно сами пытаемся привести его в сознание.

1. Щупаем пульс на сонной артерии.
Если он есть, знаем, что наш пациент жив, он просто без сознания.



Но что если под рукой не оказалось нашатырного спирта?



Тогда надо резко нажать большим пальцем на болевую точку под носом. Она расположена под перегородкой носа – над верхней губой.

Можно также хлопнуть по щекам или опрыскивать лицо холодной водой, но это куда менее эффективно. Если через 3 минуты сознание не появилось, повернуть пациента на живот и приложить ему холод к голове.

2. Расстегиваем воротник.
Расслабляем поясной ремень. Подкладываем что-нибудь под ноги.



3. Подносим к носу ватку,
слегка смоченную нашатырным спиртом (2-3 капли на ватку, не больше).

Внимание: Во всех случаях обморока необходимо вызвать врача!
Не подносите к лицу вашего пациента открытый флакон с нашатырем!
Не капайте на ватку больше двух-трех капель нашатыря!
Следите, чтобы даже пары нашатыря не попали в глаза вашего пациента!

Қорытынды

Қысқа мерзімді естен тануға әр түрлі себептер жетелейді. Оның негізінде мидың оттегілік ашығуы жатады. Оны ми қан тамырларының түйілуі (спазмы - қорқу, қатты ауыру), дем алатын ауадағы оттегінің аз болуы (тар бөлме), қан қысымының күрт төмендеуі (гипотензивтік препараттарды, ганглиоблокаторларды қабылдау, шалт орыннан тұру) шақыруы ықтимал. Сондай-ақ оны елеулі кеселдердің де шақыруы мүмкін (ішкі қан кету, брадикардияға бейім жүрек ырғағының бұзылысы). Уақытша естен тану қояншықтың (эпилепсияның) белгісі ретінде де білінеді.

Естен танар алында жайсыз сезіну, әлсіздік, жүрек айну болады. Науқас құлап және жерге баяу төмендейді. Беті бозарып, қарашықтары кішірейеді. Алайда жарыққа реакциясы сақталады. Артериалды қысым төмендеген, тамыр соғысы әлсіз. Көлденең кейіпте естен тану тез тиылады, есі кіреді, беттері қызарады, науқас күрсініп, терең дем алып, көзін ашады. Алайда уақытша естен танудың аяқталуына жайбарақаттық танытуға болмайды. Бұл жай-күйдің пайда болу себебін анықтау қажет.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Руководство по скорой медицинской помощи + СД. Под ред. Багненко С.Ф.,
Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г.-М., 2008, 816с.
2. Руководство по скорой медицинской помощи. Под ред. Михайловича В.М., 2007, 808с.
3. Абсадыков Н. Күйіктер және жедел жәрдем: әдістемелік нұсқау. Алматы, 2006,
4. Тоғайбаев А.А., Мұратханов Е.Ж. Реаниматология және қарқынды емдеу Алматы, 2003
5. Тұрланов К.М., Қалқабәева С.А.: Жедел медициналық жәрдем беру Алматы, 2004