

**ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

ЖЕДЕЛ КӨМЕЙ ТАРЫЛУЫ

Орындаған: Базарова Э

4013 ЖМФ

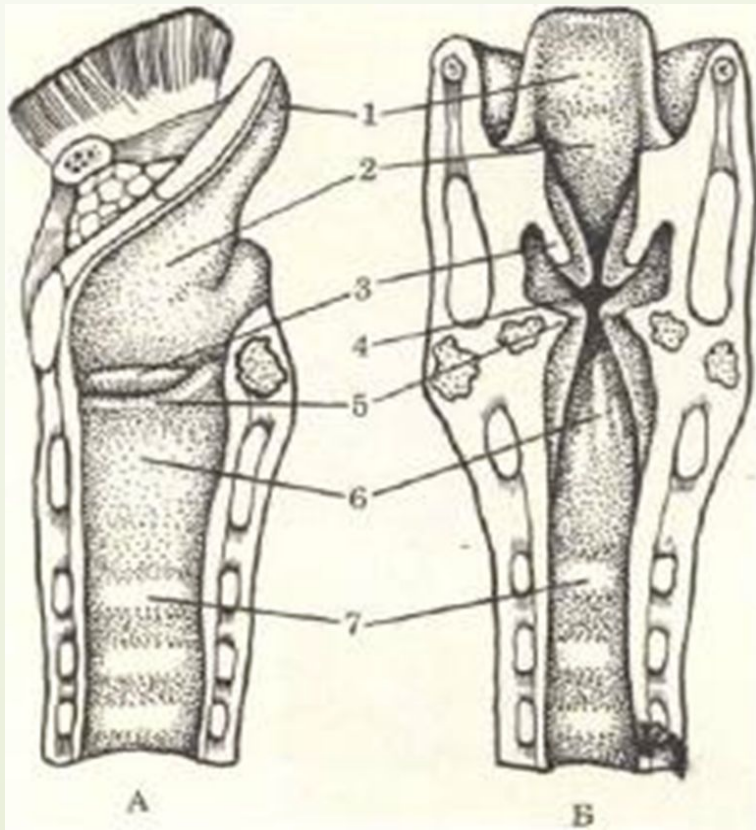
Қарағанда 2017ж.

Жоспары:

- Кіріспе
- Көмей жедел стенозы
- Этиология және патогенезі
- Клиника
- Диагностика
- Емі
- Асқынысы

Кіріспе

- *Көмей (larynx)* тыныс алу түтігінің бастапқы кеңейген бөлігі болады, бұл өзінің жоғарғы бөлігімен жұтқыншаққа ашылады, ал төменгі бөлігімен кеңірдекке өтеді. Ол тіласты сүйегінің астында мойынның алдыңғы бетінде орналасқан. Көмейдің жоғарғы шеті IV және V мойын омыртқаларының шекарасында болады, ал төменгі шеті VI мойын омыртқасына сәйкес келеді.



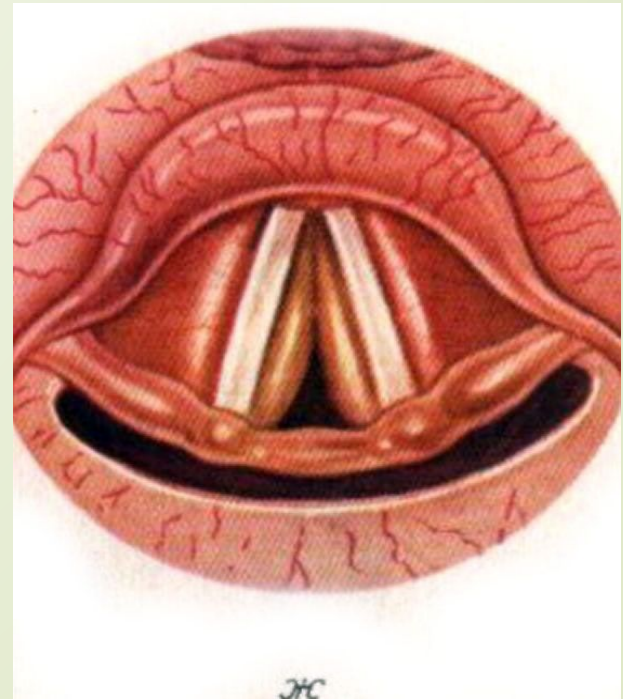
Полость гортани:

А — правая сторона; В — вид сзади:

- 1 — надгортанник;
- 2 — преддверие гортани;
- 3 — складка преддверия;
- 4 — желудочек гортани;
- 5 — голосовая складка;
- 6 — подголосовая полость;
- 7 — трахея.

Көмей тарылуы

- Көмей саңылауының тарылуы- төменгі тыныс жолдарына ауаның өтуіне кедергі жасап, сыртқы тыныс жетіспеушілігінің әр түрлі дәрежеде көрінуіне, тіпті тұншығуға алып келуі мүмкін. Жедел көмей тарылуы шұғыл басталады немесе қысқа уақытта пайда болады.



ЭТИОЛОГИЯ

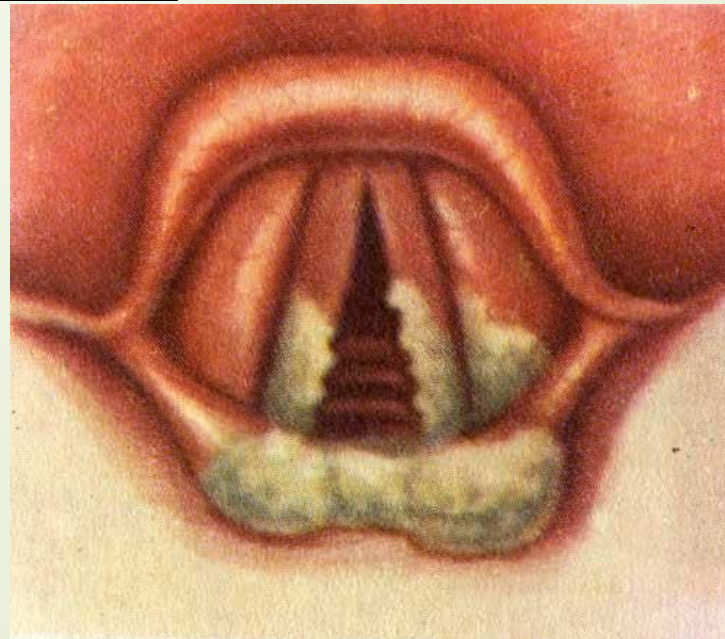
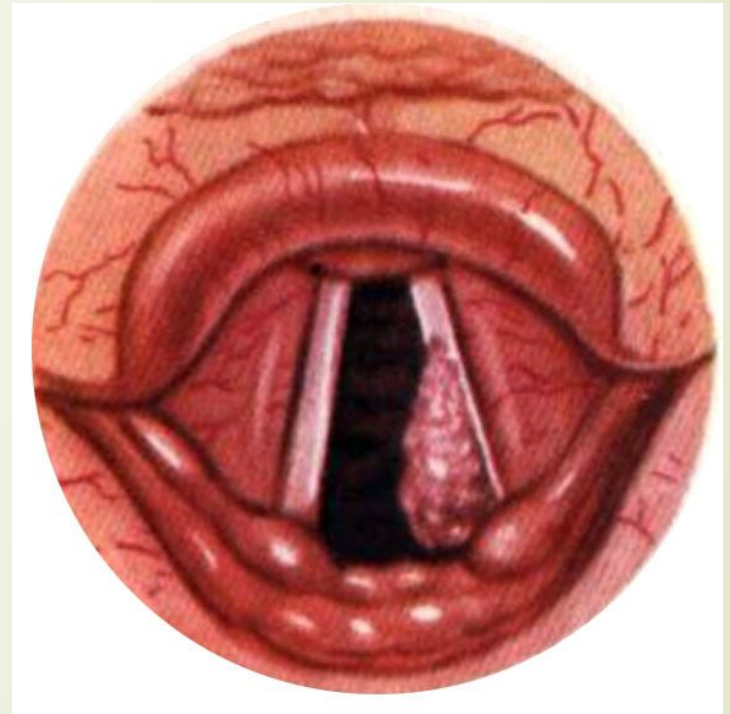
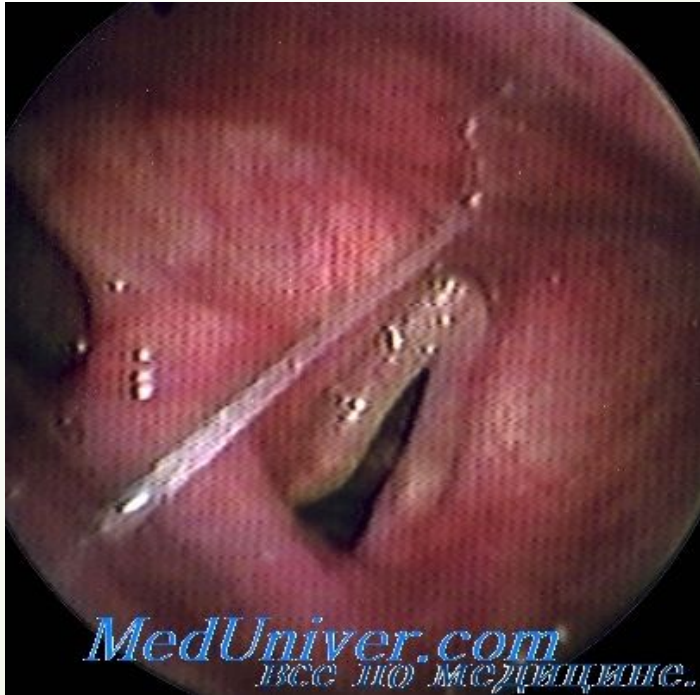
Эндогенді және экзогенді факторлардан пайда болады.

Эндогенді себептер:

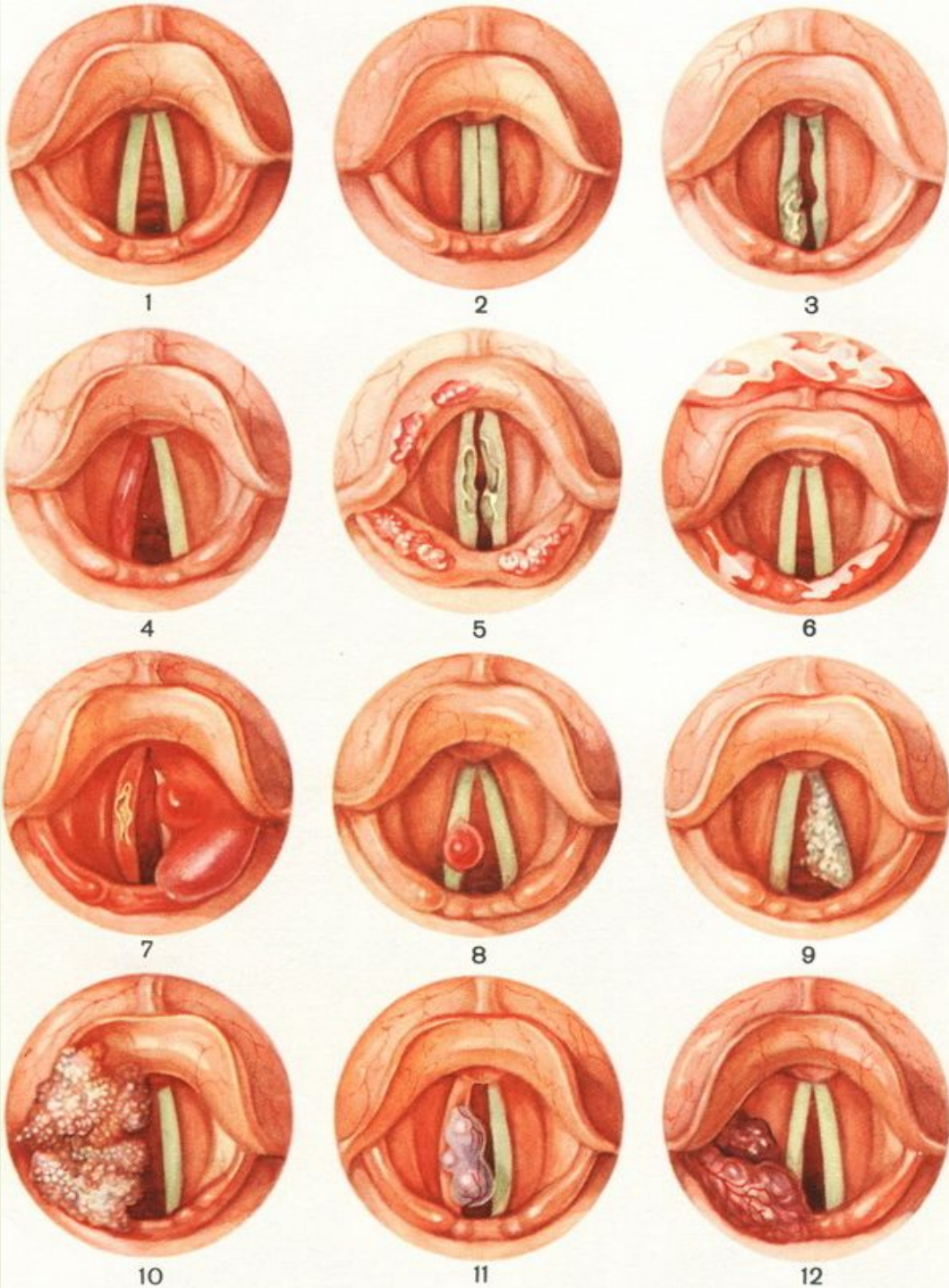
- Жергілікті қабыну аурулары:
 - ✓ Көмей ісгі
 - ✓ Катпарасты ларингит
 - ✓ Жедел ларинготрахеобронхит
 - ✓ Жедел хондроперихондрит
 - ✓ Көмей баспасы

Жергілікті қабынуынсыз түрлері:

- ✓ ісіктер
- ✓ Аллергиялық реакциялары



- Рис. 1. Нормальная гортань при дыхании.
- Рис. 2. Нормальная гортань при фонации.
- Рис. 3. Туберкулез гортани (изъязвление голосовой связки).
- Рис. 4. Туберкулез гортани (одностороннее покраснение голосовой связки).
- Рис. 5. Туберкулез гортани (язвы на голосовых связках; перихондрит; язвы надгортанника, черпало-видных хрящей и черпало-надгортанной связки).
- Рис. 6. Сифилис гортани (II стадия).
- Рис. 7. Сифилис гортани (поздняя стадия).
- Рис. 8. Фиброма голосовой связки.
- Рис. 9. Папиллома голосовой связки.
- Рис. 10. Рак левой половины надгортанника и черпало-надгортанной связки.
- Рис. 11. Полип голосовой связки.
- Рис. 12. Кавернозная гемангиома гортани.



Патогенез

Көмейдің жедел тарылуы кезінде ағзада компенсаторлық және қорғаныш механизмдері пайда болады. Бұл екі механизм негізінде гипоксия мен гиперкапния жатыр. Мұның өзі тіндерді трофикалық бұзады да жоғарғы тыныс жолдарының хеморецепторларының қозуына алып келеді. Тарылудың жедел дамуында бейімделуші механизмдер қайта қалпына келу мүмкіндігі төмен болғандықтан тіршілікке маңызды қызметтердің тоқтауы немесе толық салдануына алып келеді.

Резервтерге немесе бейімделу механизміне жатады:

- Тыныс алу
- Гемодинамика
- Қандық тіндердің

Клиникалық көрінісі

Жедел стенозды тудыратын себептерінің әртүрлігіне қарамасатан, клиникалық көрістері бірдей. Кеуде қуысында теріс қысымның айқындылығы және гипоксия мына симптомакомплекстерді: тыныс алудың жиілігі, тыныс алған кезде бұғанаүсті, қабырғааралық бұлшық еттерінің көмегімен сипаталады. Науқас басын шалқайта ұстап тыныс алған кезде көмейдің жоғары және төмен қозғалыстары айқын байқалады. Жедел немесе созылмалы стеноздың айқындылығы ағзаға әсер еткен себептерге, мойынның қуысты мүшелерінің зақымдалу дәрежесіне, стеноз ұзындығына, оның даму ұзақтығына, гипоксияға жеке сезімталдылыққа, ағзаның жалпы жағдайына байланысты. Көмей жүйкеленуінің бұзылысы ауыр функциональді бұзылыстарғы әкеледі: тыныс алудың бұзылысы, тіндерде, ішкі ағзаларда оттегінің жетіспеушілігі байқалады. Орталық зақымдалуларға қарағанда шеткері зақымдалулар жиірек кездеседі, және олар клиникалық көріністер жағынан да ерекшеленеді.

Жіктемесі

Даму жылдамдығы және этиологиясы бойынша:

1. Қасқағымды. Қысқа уақыт ішінде дамиды: бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін этиология: көмей жарақаты, көмейдегі бөгде заттар.
2. Жіті. Ұзағырақ уақыт ішінде дамиды: бірнеше минуттан бір тәулікке дейін. Этиология: ісік – аллергиялық және қабыну үрдісі кезінде (эпиглоттит, хондроперихондрит, көмей абсцесі, көмейлік баспа, мойын флегмоносы т.б.) жарақаттар (ОҚ тиген жарақат, термиялық және химиялық күйіктер), оперативті жолмен (сртумэктомия кезінде төменгі көмей нервісің зақымдануы), ұзаққа созылған жоғарғы трахеобронхоскопия, эндотрахеальды нархоз кезіндегі жарақаттық интубация. Улы күйдіретін заттар (мыс: хлор); жедел респираторлы вирустың инф/я кезіндегі ларинготрахеит (ерте балалық жастағы ісіктің ең жиі себебі).
3. Жітілеу. Бірнеше күн ішінде дамиды (1 аптаға дейін) этиология. Көмей дифтериясы, сонымен қатар көмейдің жедел тарылуына әкелетін ауру/ры.

Көмей тарылуының сатылары (дәрежелері):

I. Компенсация сатысы - демалу мен дем шығару арасындағы үзілістің қысқаруы, физикалық жүктемеден кейін инспираторлық еңтігумен сипаттайды.

II. Толық емес компенсация сатысы - дем алу үшін қатты күшті қажет етеді, тыныс шулы, алыстан естіледі, тері-бозғылт. Науқас мазасыз болады, көзіне елестер көрінеді, мойын және кеуде клетканың бұлшық еттері тыныс алу актісіне қатысады, бұғана үсті және бұғана асты аралықтың, тыныс алу кезінде эпигастригі аймағы және қабырға аралық араларының жиырылуы. Айтылған симптомдар физикалық күштемесіз пайда болады.

III. Декомпенсация сатысы - науқастың жағдайы ауыр, тынысы жиі, беткей, тері жамылғылары бозғылт-көкшіл түсті, алғашында акроцианоз байқалады, содан кейін, жан-жақты (жайылған) цианоз. Науқас мәжбүрлі қалыпта болады: жартылай отырады, басы шалқайған күйде, көмей ең жоғарғы экскурциясын тыныс алғанда және тынысты шығарғанда жасайды, тершеңдік, пульс жиі, әлсіз талу.

IV. Терминальды сатысы (асфиксия) - науқаста тез шаршағыштық, бәрі бір болады. тынысы беткей, үздік-үздік (чейна-стоке), терісі бозғылт-сұр түсті, пульс жиі, жіп тәрізді, қарашық кеңейген, содан кейін есінен танады, еріксіз зәр шығады, дефекация және өлім.

Диагностика критерийлері

Көмейдің тарылу себебі негізінен анамнез жинағына және көмейді қарап тексеру нәтижесіне негізделеді.

Клиникалық симптомдар көмейдің тарылуын дамытатын себептерге және даму жылдамдығына байланысты емес:

1. Инспираторлы ендікпе.
2. Мойын, кеуде клеткаларының т.б. бұлшық еттерінің тыныс алу актісіне қатысуы.
3. Қалқанша шеміршек экскурсиясы анықталады-төмен-тыныс алғанда және жоғары - тыныс шығарғанда.
4. Тыныстық ритмнің әлсіреуі (дем алудың әлсіреуі, тыныстық үзілістің қысқаруы).
5. Көмейлік шулардың пайда болуы, дауыстың өзгеруі (сырылды немесе дыбыссыз).
6. Венозды стаз.
7. Пароксизмальды пульс (әлсіреуі немесе және тыныс алғанда жоғалуы).

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар жоспары

Негізгі диагностикалық жоспары:

1. Анализ жинағы және жалпы терапиялық шағым.
2. Жалпы терапиялық визуалды қарау.
3. Тыныс жиілігін тексеру, өкпе аускультациясы.
4. ҚҚ (АД), пульсті тексеру.
5. Қосымша зерттеу заттарымен (свет, шпотель, айна) жоғары тыныс жолдарын қарау.

Қосымша диагностикалық жоспар:

1. Қанның газдың құрамын тексеру.
2. Реаниматолог кеңесі.

Емдеу

Медициналық көмек көрсету тактикасы

Емдеу мақсаты:

1. Тыныс алу қызметін тез қалпына келтіру және науқастың жағдайын жақсарту.
2. Көмей тарылуы үдеуінің алдын алу.
3. Өлімшілдік шығынын болдырмау.

Дәрілік ем

Емдеу әдісі бірінші кезеңде-тарылудың сатысын,

2-ші- тарылуының себебін анықтау керек.

Көмей тарылуының I – II дәрежесінде (субкомпенсация):

1. Пациентке эмоциональды және психикалық тәртіп.
2. Жоғарғы тыныс жолдарының өткізгіштігін қалыпына келтіру, тарылуды азайту әдісі: (ыстық аяқ ваннасы, кеуде клеткасына және балтыр бұлшық етіне қыша қағаздар қою). Бұл процедураны гиперемия және жүрек қан-тамыр жетіспеушілігі жоқ науқастарға тағайындайды.
3. Жартылай отыру қалыпы, жылы сусындар.
4. Ылғалды оттегі ингаляциясы.

II-III дәрежесінде (декомпенсация):

Дәрілік ем.

- преднизалон 3% еріт 60-90 мл (3-5 мг нәресте салли), б/е, к/т тез;
- хлоропирамин 2% -1,0 (0,1-1 жас бала);
- димедрол 1%-1,07 седуксен 0,5%-2,0 к/т, б/е.

III-IV дәрежесінде:

Кеңірдектің шұғыл интубациясы, қажет болса науқасты ӨЖЖ-не ауыстыру.

Интубация жасалмайтын жағдайда және өмірге қауіп төнсе, коникотомия жасалады.



Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі.

1. Ингаляцияға арналған оттегі (медициналық газ).
2. Инекцияға арналған сұйық Преднизолон 30 мг/мл.
3. Инекцияға арналған сұйық Диазепам 5 мг/мл ампула түрінде 2 мл.
4. Инекцияға арналған сұйық Димедрол 10 мг/мл ампула түрінде.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

Инекцияға арналған сұйық хлорапирамин 20 мг/мл ампула түрінде.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

1. Тыныс алуының қалыптасуы.
2. Науқастың жағдайының жақсаруы.

Трахеостомия

Трахеостомия — хирургиялық операция: кеңірдек аузының пайда болуы үшін кеңірдектің кесілгеп жеріне терісін жапсырып, кеңірдек саңылауын жабу

Көрсеткіш:

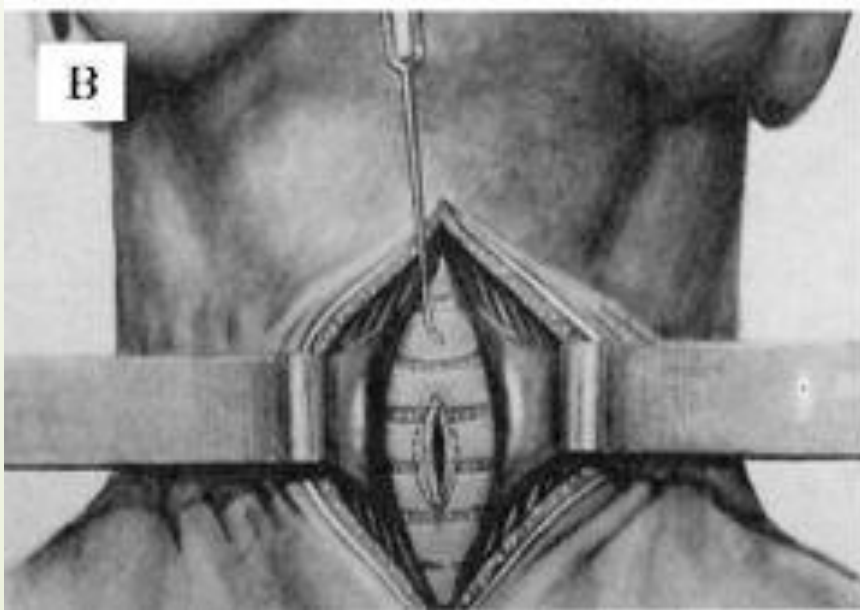
1. Жоғарғы тыныс жолының өтімсіздігі

- Жіті - секунд көлемінде пайда болады. Бөгде дене түсіп кеткенде болады.
- Жедел- минут көлемінде пайда болады. Бөгде дене немесе дифтерия кезінде жалған круп ісіктер және ларингит кезінде
- Жеделдеу 10 минуттан сағатқа созылады. Жалған круп, баспа, ісік кезінде болады.
- Созылмалы тәуліктен бірнеше ай жіне жылдарға дейән созылады. Перихондрит кеңірдек тарылуы және ісік кезінде болады.
- 2. Необходимость респираторной поддержки у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции лёгких

Противопоказания

- Абсолютное противопоказание – агональное состояние.

- **Поперечный разрез кожи** длиной около 5 см проводят на уровне перстневидного хряща. Вместе с кожей рассекают подкожную жировую клетчатку и поверхностную фасцию с подкожной мышцей шеи. Края раны растягивают зубчатыми крючками, обнажая белую линию шеи. Белую линию всегда вскрывают продольно, чаще всего с помощью желобоватого зонда. Края рассеченной белой линии вместе с прилежащими фасци-альными футлярами грудино-подъязычной и грудино-щитовидной мышц тупыми крючками разводят в стороны. В предтрахеальном пространстве выделяют и освобождают от связок перешеек щитовидной железы. Тупым крючком оттягивают перешеек книзу. По сторонам от срединной линии в первое или второе кольцо трахеи вкалывают острые однозубые крючки, которыми фиксируют гортань и трахею в момент вскрытия трахеи и введения трахеотомической канюли.
- **Вскрытие трахеи** (рассечение 1-2 ее колец, начиная со второго) производят снизу вверх остроконечным скальпелем, взятым так, чтобы конец указательного пальца на его спинке отстоял от верхушки режущей части не более чем на 1 см. Это делается для того, чтобы скальпель не «провалился» в просвет трахеи и не повредил ее заднюю стенку. Края рассечённого хряща иссекают, чтобы на передней поверхности образовалось овальное отверстие.
- **В полость трахеи через разрез вводят расширитель** трахеи, однозубые крючки осторожно извлекают и в трахею вводят трахеотомическую трубку (канюлю). Чтобы не повредить заднюю стенку трахеи, трубку вводят в 3 приёма, как бы «ввинчивая» ее в просвет трахеи: сначала трубку вводят в трахею в поперечном по отношению к высоте шеи направлении (щиток при этом располагается в сагиттальной плоскости), затем постепенно поворачивают концом книзу и кпереди (щиток при этом принимает фронтальное положение и своей задней поверхностью обращен к передней поверхности шеи) и, наконец, трубку продвигают в просвет трахеи до соприкосновения щитка с кожей.
- **Рану послойно зашивают** начиная от углов, по направлению к трахеотомической трубке: края фасций и подкожной клетчатки сшивают кетгутом, края кожного разреза — шелковыми узловыми швами. В ушки щитка канюли проводят марлевые полоски и завязывают вокруг шеи.





I



II



III



IV



V

MedUniver.com

Все по медицине.

Асқыныстары

Интраоперационные

- ранение артерий шеи и кровотечение
- ранение вен шеи, кровотечение и воздушная эмболия
- ранение щитовидной железы
- рефлекторное апноэ (чаще у детей)
- ранение возвратных гортанных нервов с последующим парезом голосовых связок
- подслизистая постановка канюли и асфиксия
- ранение пищевода с исходом в трахеопищеводный свищ

Ранние послеоперационные

- кровотечение из трахеотомического отверстия
- эмфиземы – подкожная, клетчаток шеи, лица, средостения
- нагноение раны и флегмона шеи
- рецидив асфиксии
- аспирационная пневмония

Поздние послеоперационные

- обтурирующий эндотрахеит.
- трахеобронхит.
- абсцесс или гангрена лёгкого.
- абсцедирующая пневмония.
- рубцовый стеноз трахеи.
- незаращение свища шеи
- стриктура трахеи
- перихондрит

Коникотомия

- Коникотомия - это вскрытие эластичной конической мембраны (lig. Cricothyreoideum seu lig. conicum) перстневидным и щитовидным хрящом. Нередко выполняют крикоконикотомию, одновременно рассекая вместе с конической мембраной дугу перстневидного хряща

Эту операцию выполняют в следующих ситуациях.

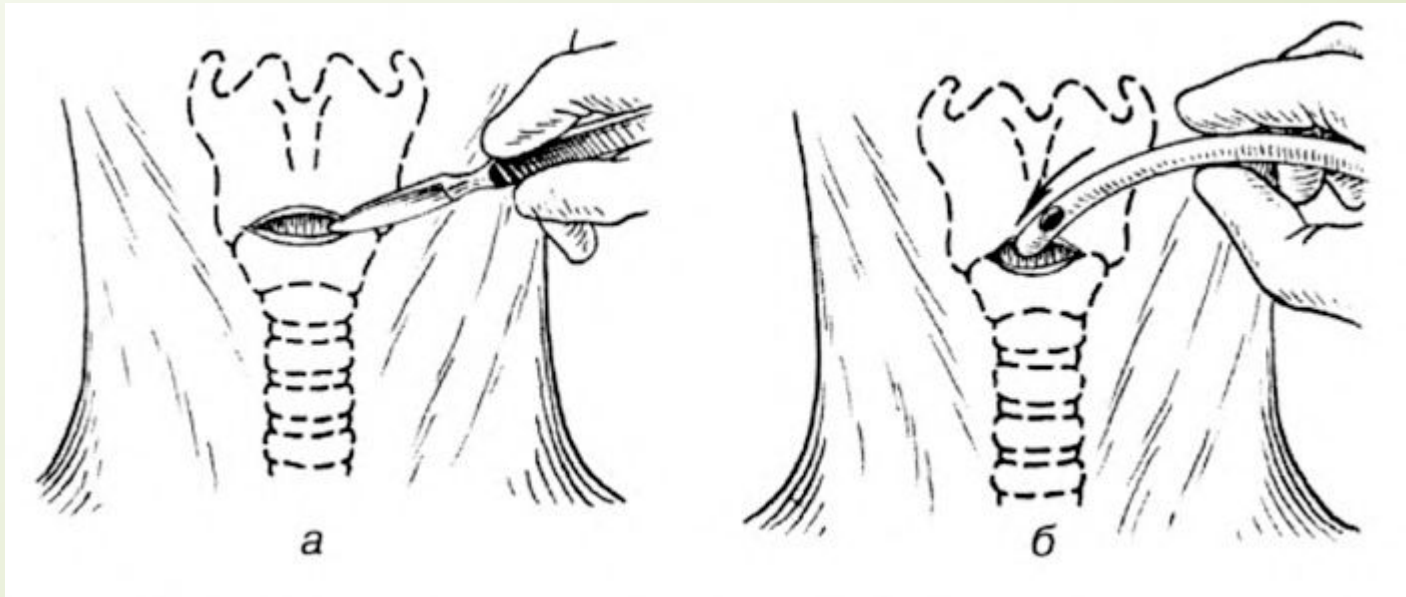
1. При дефиците времени для выполнения трахеостомии.
2. При отсутствии четких навыков выполнения трахеостомии.
3. При наличии только подручных режущих инструментов.



□ Этапы манипуляции:

- фиксируют первым и вторым пальцами эластичную мембрану между перстневидным и щитовидным хрящами;
- растягивают в стороны мягкие ткани между пальцами;
- концом любого режущего инструмента рассекают поперечно мягкие ткани и эластичную мембрану, обеспечивая доступ воздуха к верхним дыхательным путям.

Для расширения раны лезвие скальпеля или ножа устанавливают продольно между перстневидным и щитовидным хрящами. При необходимости расширения рапы продольно рассекают дугу перстневидного хряща



Заключение

- Острый стеноз гортани возникает за очень короткий промежуток времени и может привести к смертельному исходу, поэтому любой врач, независимо от специальности, должен уметь оказать неотложную помощь в любой ситуации!!!

Пайдаланылған әдебиеттер

- «Оториноларингология», Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001г.
- <http://ru.wikipedia.org/wiki/Трахеостомия> Опасности и осложнения
- http://samsmu.net/opera/?page_id=171
- http://www.feldsher.ru/obuchenie/kurs/kurs.php?COURSE_ID=15&LESSON_ID=259