

СӨЖ

Тақырыбы: *Көмейдің жедел стенозы*

Орындағандар: Абдрахманова А.

Ахметова М.

Болатқызы А.

Қабылдаған: Асылбеков Н.С.

Жоспар

Кіріспе

Негізгі бөлім

- Этиологиясы;*
- Патогенезі;*
- Клиникасы;*
- Емі*

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

- *Көмей стенозы немесе көмей саңылауының тарылуы төменгі тыныс жолдарына ауаның өтуіне кедергі жасайды.*
- *Даму уақытына қарай көмей түрлерін келесі түрлерге бөледі:*
 1. ***Кенет тарылу** – секунд, минут ішінде дамиды (мысалы, тыныс жолына әртүрлі бөгде зат тұрып қалғанда).*
 2. ***Жедел тарылу** – бірнеше сағаттан, бір тәулікке дейінгі уақыт ішінде дамиды (көмей баспасында, ісікте, күйгенде).*
 3. ***Жеделдеу тарылу** – бірнеше күннен бір аптаға дейінгі уақыт ішінде дамиды (көмей күл ауруында, жарақаттанғанда, инфекциялық хондроперихондриттерде, жүйкенің көмей сыртында салдануында).*
 4. ***Созылмалы тарылу** – апта және оданда ұзағырақ уақыттар ішінде дамиды (көмей қатерлі ісігі және инфекциялық гранулемаларда, қалқанша бездің қатерлі ісігі және қалқанша бездің ұлғаюы кезінде көмей сырт жағынан қысылады, сол сияқты біртіндеп пайда болатын мембраналарда және көмей кисталарында).*

Көмейдің жедел тарылуы

Көмейдің жедел тарылуы дереу барлық негізгі тіршілікпен қамтамасыз ету қызметтерінің қатты бұзылуына, тіпті толық тоқтап қалуына дейін апарады. Тарылу қарқыны көбінесе қайтымды.

Этиологиясы:

- *Көмейдің жергілікті қабыну процесстері : көмей ісігі және баспасы, іріңді процесстер (жедел флегманозды және абсцесті ларингиттер, хондроперихондриттер).*
- *Көмейдің жергілікті қабынусыз процесстері: әртүрлі жарақаттар (механикалық, термиялық, химиялық), бөгде денелер (тамақ қиқымы, протездердің бөлшегі, т.б), кейбір дәріні қабылдамаудан туатын аллергиялық ісіктер.*

*Жедел көмей тарылуында дереу дәрігерлік
бағалауға жататын негізгі
патофизиологиялық факторлар мыналар:*

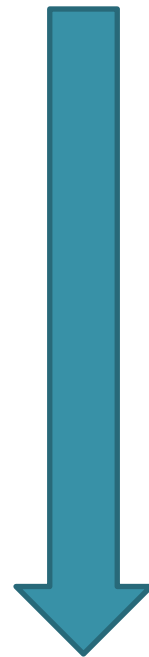
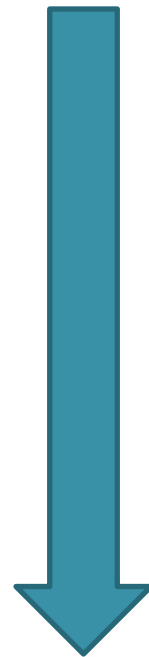
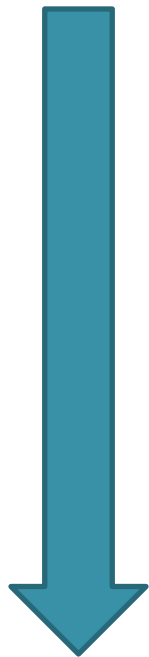
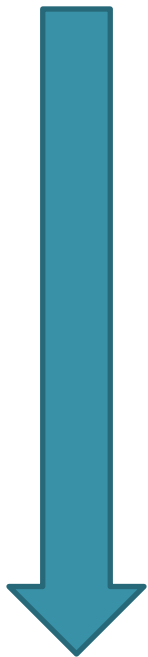
Сыртқы тыныс алудың жетіспеушілік дәрежесі және организмнің оттегіге тапшылығына реакциясы. Көмей жедел тарылуына организмде бейімделу (компенсаторлы және қорғаныш) және патологиялық механизмдері пайда болады. Бұл екі механизмнің негізінде гипоксия мен гиперкапния жатыр, бұның өзі тканьдердің, мидың және жүйке трофикаларын бұзады, сөйтіп жоғарғы тыныс жолдары және өкпе қантамырларының хеморецепторларының қозуына әкеледі. Бұл тітіркену орталық жүйкенің тиісті бөлімінде шоғырланады және резервтерді жұмылдыру жауап реакциясы пайда болады.

Резервтерге немесе бейімделу механизмдеріне – тыныс алу, гемодинамика, тканьдік және қан реакциялары жатады. Тыныс алу бейімделу реакциялары – демікпемен білінеді, бұның өзі өкпедегі ауа алмасуының көбеюіне әкеледі. Компенсаторлы гемодинамика реакцияларына – тахикардия, тамыр тонусының артуы жатады, бұның өзі минуттық қан көлемін 4-5 рет көбейтеді, қан айналысын жылдамдатады, артериальді қан қысымы жоғарылайды және деподағы қанды шығарады. Қан және тамыр бейімделу реакцияларына көкбауырдан эритроцитті мобилизациялау және қанның қызыл түйіршіктерін көбейтеді(эритропоэз). Тканнің оттегіні сіңіру қабілеті артады, клеткалар жартылай айырбастау, яғни оттегісіз кеңістікте өмір сүре алу түріне (анаэробты) өтуі байқалады.

Симптоматикасы:

Тарылу дәрежесіне байланысты шулы, зорланып тыныс алу пайда болады, тыныс алу ритмі бұзылады. Науқаста қорқыныш сезімі, қимылдатқыш қозу (ол сенделеді, қашуға тырысады) пайда болады, тершеңдік, бетінің қызаруы басталады, жүрек қызметі және бүйректің зәр шығару қызметі бұзылады. Инсператорлы демікпе пайда болады.

*Клиникалық көзқарас
бойынша көмей стенозының 4
кезеңін ажыратады:*



I. Компенсациялық кезең (қалпына

келу кезеңі) – бұнда тыныс алу актісін реттейтін механизмдер есебінен компенсация пайда болады. Тарылған тыныс саңылауынан өтетін ауаның мөлшері өзгереді: тыныс алу қимылының саны азаяды, ішке тыныс алу мен сыртқы тыныс шығару арасындағы үзіліс қысқарады, сыртқа тыныс шығару қысқа да қатты болады және бұның артынан сонымен бірге қысқа үзілістен кейін, ұзақ ішке тыныс алу келеді.

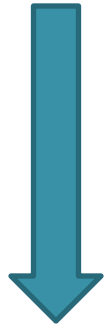
- *Дыбыс саңылауының ені 6-7мм. Тыныштық жағдайда адам демікпені байқамауы мүмкін, ол күшке салмақ түскенде ғана байқалады. Бұл кезеңде науқас мазасызданбайды.*

- **II. Салыстырмалы компенсация кезеңі (субкомпенсация)** – бұнда организм әлі де болса қосымша механизмдерінің жұмылуы арқасында тыныс алу саңылауының тарылуынан туған қиыншылықты жеңе алады, бірақ ауаның қажетті көлемін үлкен кедергімен толтырады. Тыныштық жағдайда инспираторлы ентікпе айқындала түседі: ұзақ ішке тыныс алу қиындайды, онымен сыртқа қатты, қысқа тыныс шығару арасындағы үзіліс толық жойылады. Тыныс алу бұдан гөрі сирейді. Көкірек клеткасының иілгіш жерлерінің ішке қарай тартылуы, стридор (шулы тыныс алыс), тері жабындысының бозаруы байқалады. Науқас өзіне ыңғайлы қалып алуға мәжбүр болады, басын артқа жіберіп, қолымен төсекті тірей отырады. Акроцианоз байқалады. Дыбыс саңылауының ара қашықтығы 4-5мм.

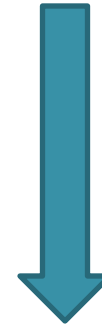
- **III. Декомпенсациялық кезең** – науқас үй ішінде өзін қоярға жер таппай, қатты мазасызданады, қалайда ішке кіретін ауаны молайту мақсатымен өзінің жағасын жыртыуы мүмкін. Науқастың бетін суық тер басып, үрейленіп, шарасынан шығатындай болады. Бет терісі қызара көгеріп лезде мойын мен кеудеге таралады. Бұл кезеңде тыныс алу жиілейді, бірақ ол үстірт болады және тыныс алу қимылы өте әлсіз білінеді, өйткені көкірек клеткасы қимылсыз, тек көмей томпағы ғана жоғары төмен қатты қимылдар жасайды. Дауыс пен жөтел дыбыссыз, пульс жиілейді, есі өзінде болады. Дыбыс саңылауының ені 2-3 мм дейін таралады.

- *IV. Асфиксия кезеңі – бұл көмей стенозының ақырғы кезеңі, бұған естен айырылу немесе есінен шатасу тән. Тыныс алу қимылы анықталмайды, не Чейн-Стокс түрінде болады. Бет терісі көгеріп, бозғылт тартады. Көзінің қарашығы күрт үлкейеді, өздігінен зәр мен үлкен дәретке отырып қоюы байқалады, бірақ жүрек қызметі тоқтамайды, жылдам клиникалық әлімге әкеледі.*
- *Салыстырмалы немесе ажырату диагнозын ларингоспазммен (көмейдің түйілуімен), истериямен, бронхиалды астмамен, уремиямен (несеп уының денеге жайылуы) жүргіземіз.*

Емдеу



Консервативтік



Хирургиялық

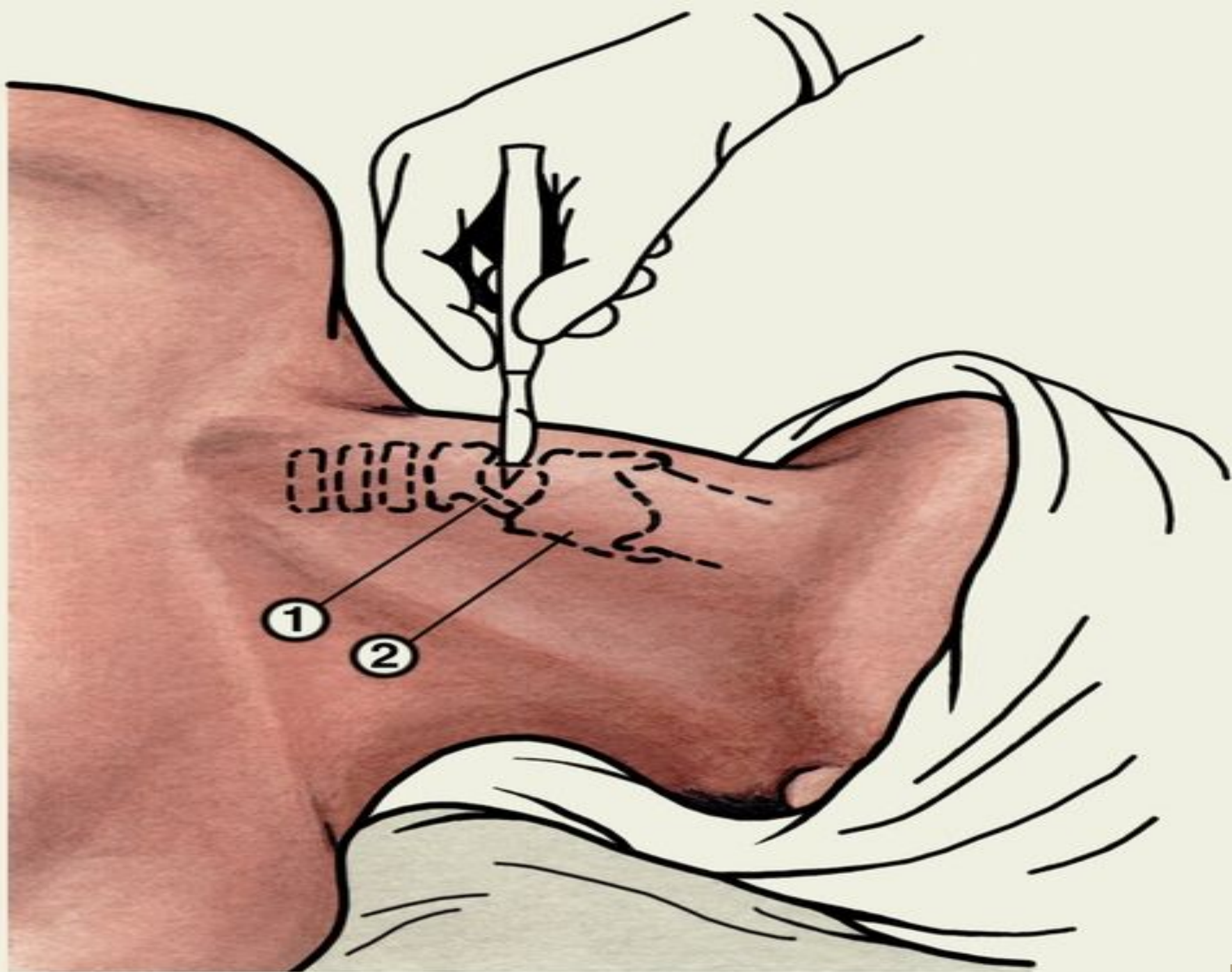
Көмейдің ісікке байланысты стенозымен күрес шаралары мынандай процедуралардан тұрады:

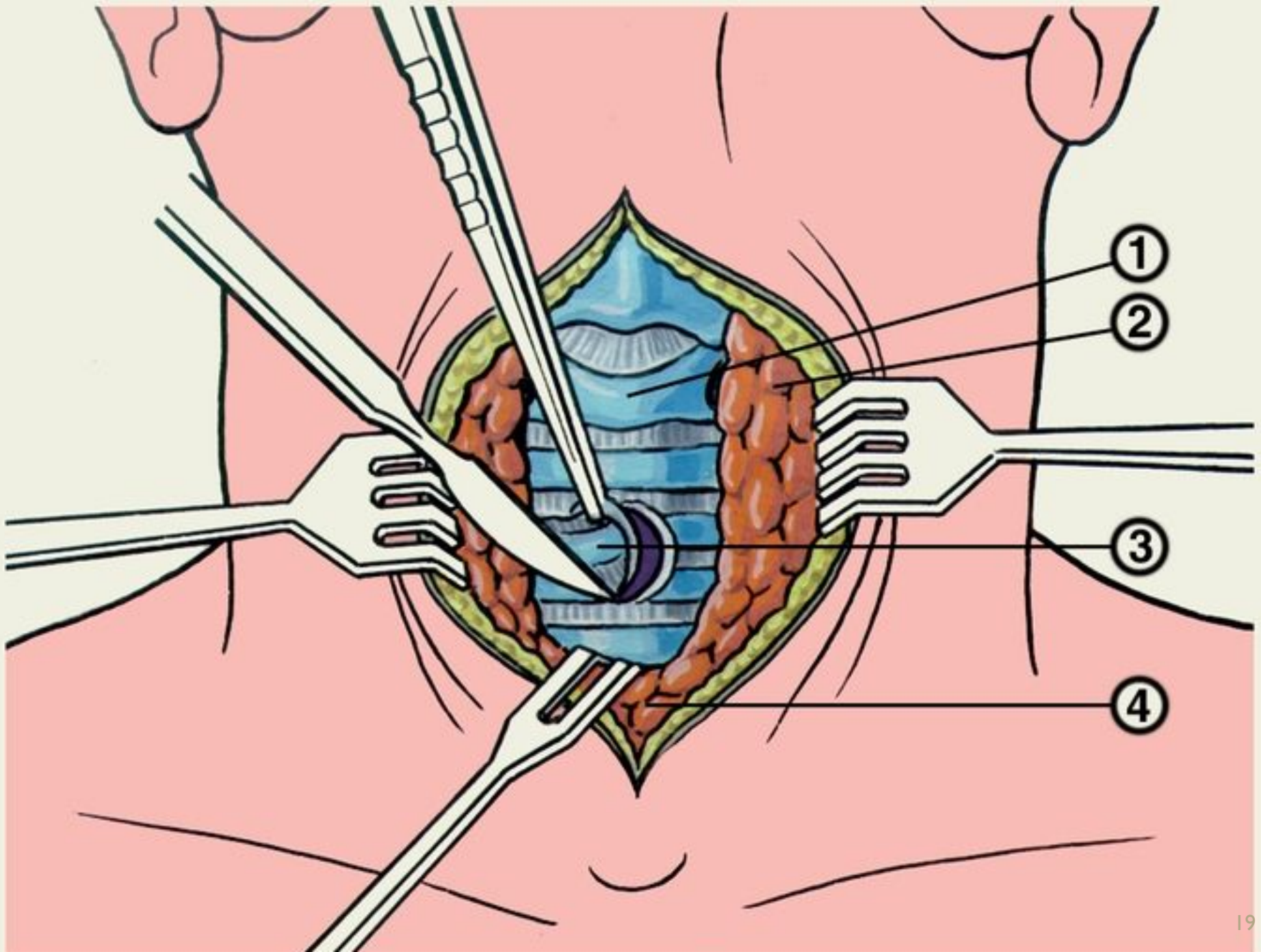
- *Ыстық аяқ ваннасы*
- *Балтырға қыша қою*
- *Ткандегі ісікті қайтаратын зәр айдайтын (фурасемид, лазикс), тамыр өткізгіштігін төмендететін дәрілер (димедрол, хлорлы кальций, пипольфен, супрастин, сол сияқты гидрокортизон, 40% глюкоза ерітіндісі)*
- *Тыныс алу орталығы жұмысын жақсартатын дәрілер (1,0-10% лобелин)*
- *Аэрозоль антибиотиктерімен*
- *Оттегі бұлауы*
- *Балаларға өте ұқыптылықпен назотрахеальді интубация жасау.*

Хирургиялық жәрдем

Компенсацияның бұзылу кезеңінде (III сатысы) жедел трахеостомия жасау керек, ал IV-асфиксия кезеңінде жедел каникотомия жасайды, сонсоң трахеостомия.

● *Коникотомия* – тыныс жолын сақина тәрізді шеміршектің жоғарғы бөлімін қалқанша шеміршектің шетімен байланыстыратын сүйір байламды тіліп жіберіп ашу. Бұл аймақта ірі қан тамырлары болмайды, артқы жағында көмей қуысы орналасқан осы байламды тек қана терітжауып тұрады. Осы тілік арқылы диаметрі кішкентай, қабырғалары майыспайтын, іші қуыс түтік өткізу керек. Бұл науқасты тыныс алумен қамтамасыз етеді.







- *Трехеостомия – операция, көмейдің әртүрлі аурулары мен зақымдануларында науқасты аман алып қалу мақсатында кеңірдек қуысының сыртқы ортамен уақытша немесе тұрақты байланысын жасау.*

● *НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!*

