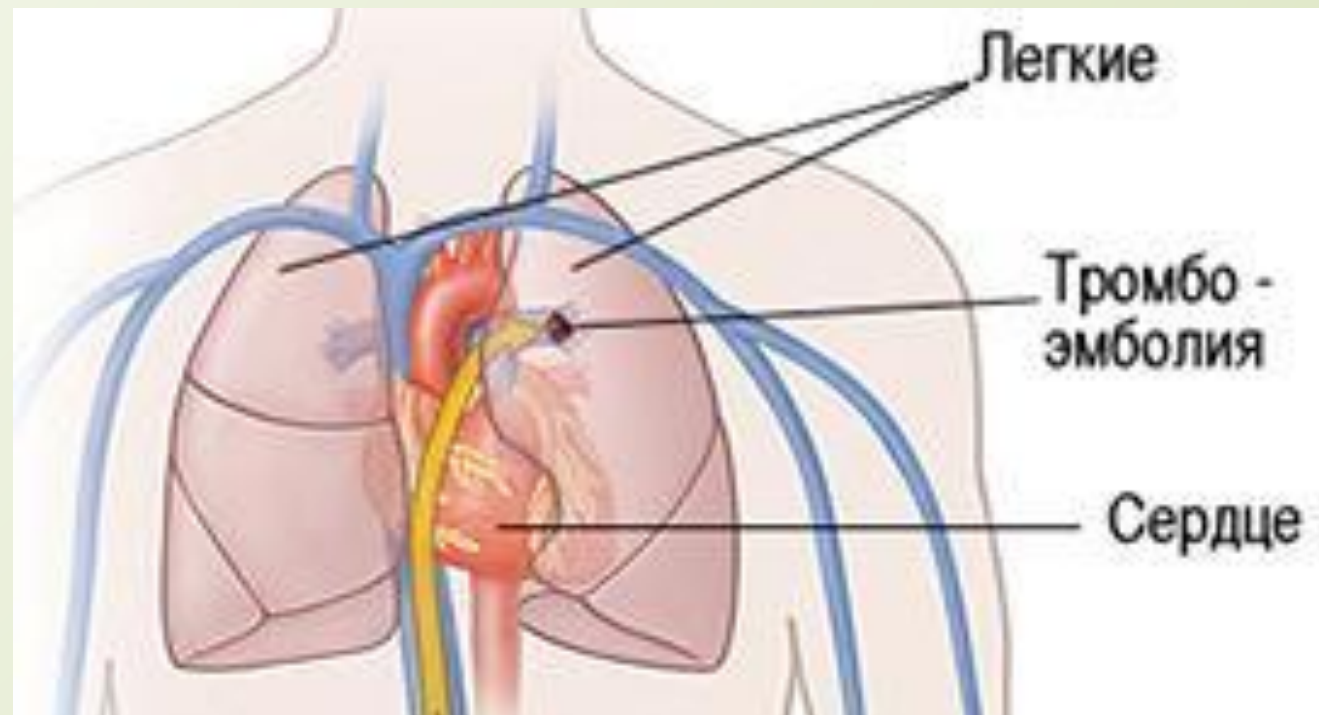






Өкпе тромбоэмболиясы

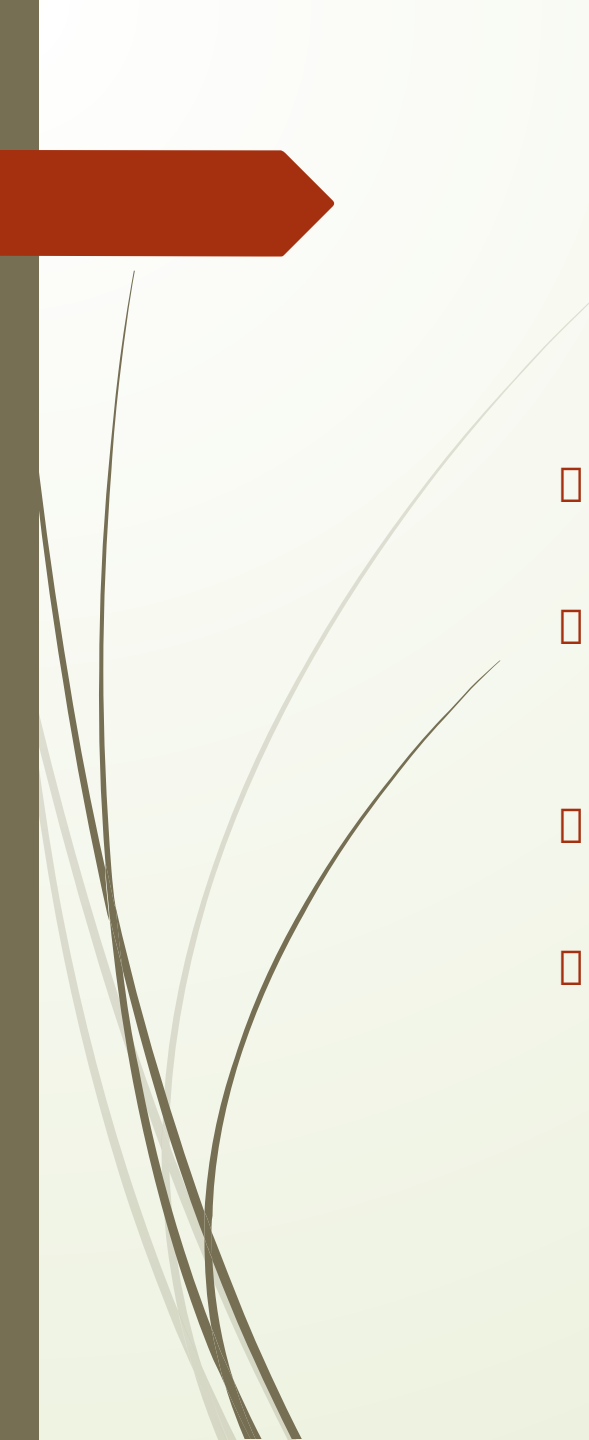
Орындаған; ТОкиева Құралай
Топ;13-01





□ өкпе артерияның тромбоэмболиясы (ӨАТЭ) – өкпе артериясы негізгі бағаны немесе тармағының кенеттен эмболмен (тромбпен) бітелуінен өкпе паренхимасында қанайналымның тоқтауын айтады.

- 
- 
- 1. Жіті түрі: төсте кенеттен басталған ауыру сезімі, ентігу, АҚҚ төмендеуі, жіті өкпелік жүрек белгілері.
 - 2. Жітілеу түрі: өршіген тыныс және оң қарыншалық жетіспеушілік және өкпе инфаркты белгілері, қан түкіру.
 - 3. Рецидивті түрі: қайталамалы ентігу, талу, өкпе инфарктының белгілері.

- 
- 1. Шамалы – қан тамыр өрімінің жалпы алаңының 30% (ентігу, тахипноэ, бас айналу, қорқыныш сезімі).
 - 2. Орташа – 30-50% (кеудеде ауыру сезімі, тахикардия артериальды қысымның төмендеуі, кенеттен әлсіреу, өкпе инфаркт белгілері, жөтел, қан түкіру).
 - 3. Көлемді – 50% жоғары (жедел оң қарыншалық жетіспеушілік, обструктивті шок, мойын веналарының ісінуі).
 - 4. Аса көлемді – 70% жоғары (кенеттен ес жоғалуы, дененің жоғарғы бөлігінің диффузды цианозы, қан айналымның тоқтауы, тырысулар, тыныс тоқтауы).

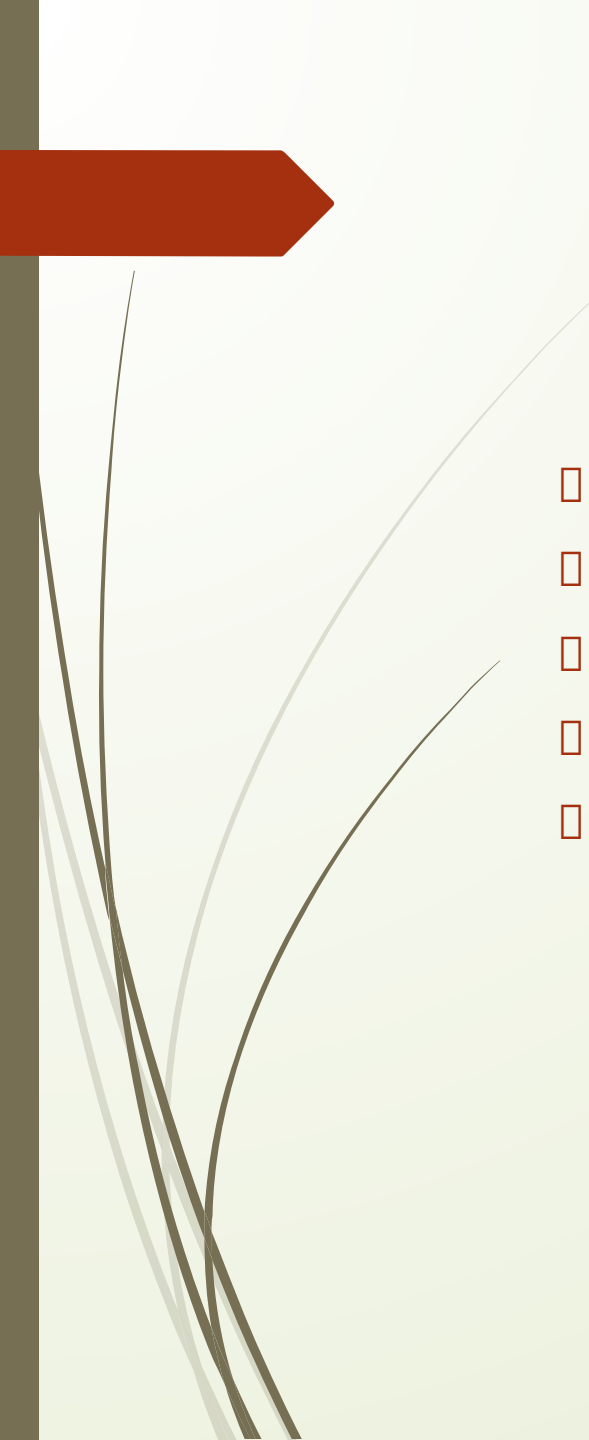


Себебі

- Жиірек көзі болып табылады: - аяқ веналарының (негізінен мықын-сан сегменті – 90%) және кіші жамбастың терең веналарының тромбтары; тізенің терең веналары тромбозы 5% жағдайда ТАТЭ мен асқынады, беткей веналар тромбозында ТАТЭ-мен асқыну болмайды. - жүректің оң жақ бөлігінің тромбтары.

Қауіп-қатерлы факторлар:

- егде және қарт жас;
- гиподинамия,
- соңғы 12 апта ішіндегі аяқтардың иммобилизациясы немесе оның салдануы; - 3 күннен артық төсектік режим;
- өткерген операциялар (әсіресе жамбас ағзалары, ішке және аяққа), аяқ сынықтары;
- қатерлі жаңа түзілімдер;
- семіздік;
- варикозды ауру;
- жүктілік, ерте туыттан кейінгі кезең және операциямен босануға келісу;
- жүрек жетіспеушілігі, жүрек қақпақшаларының ақауы;
- жыбырлаушы аритмия;
- сепсис;
- нефротикалық синдром;
- пероральды контрацептивтер қолдану, диуретиктерді үлкен дозада қолдану, орынбасушы гормональды терапия;

- 
- - миокард инфаркты;
 - - инсульт;
 - - гепарининдуцирленген тромбоцитопения;
 - - эритремия;
 - - жүйелі қызыл ноқта;

Тромбоэмболия легочной артерии





Диагностика критерилері:


ӨАТЭ айқын кардиореспираторлы бұзылыстармен жүреді, ал майда тармақтар окклюзиясы кезінде өкпе инфаркты деп аталатын өкпелік паренхиманың геморрагиямен тығыздалуы (жиі келесі некрозданумен) ӨАТЭ кезінде байқалады:

- кенеттен еңтігу (ортопноэ тән емес);
- қорқу;
- күрт әлсіздік, бас айналу

Өкпелік инфарктың дамуында – жөтел, кеудеде ауыру сезімі (тыныс алу актісінде көбінесе фибринозды плеврит пайда болғанда), қантүкіру.

Қарап тексергенде анықталады:

- · Мойын веналарының пульсациясы мен ісінуі;
- · Жүрек шекарасының оңға ұлғаюы;
- · Эпигастральді пульсация, тыныс алу кезінде күшейеді;
- · Өкпелік артерияда II тонның акценті және екі еселенуі;
- · Әлсіреген тыныс және /немесе шектелген аймақтарда майда көпіршікті сырылдар, құрғақ сырылдар болуы мүмкін;
- · Плевраның үйкеліс шуы;
- · Бауырдың ұлғаюы;
- · Өртүрлі айқын цианоздар; · Гипертермия (коллапс кезінде) 37,8°C жоғары (тұрақты) 2-3 тәулікке дейін; · Тахипноэ минутына 20 артық; · Кеудеде ауыру сезімі; · Жөтел (ХОБЛ қатысуынсыз өнімсіз); · Тахикардия минутына 100 артық; · Қантүкіру (әсіресе қақырықтағы қан ұйындыларымен); · Артериалды-альвеоларлы айырмасының жоғарылауы (pO₂).


- 
- Терең веналар тромбозының болу мүмкіндігінің критерилері:
 - · Ісік (өкпенің, қуық асты безінің, ұйқы безінің), алдыңғы 6 ай ішінде анықтау;
 - · Салдану кезінде аяққа иммобилизация немесе гипсті таңғыш салу; · Сан мен балтырдың ісінуі; 3 күннен артық төсектік режим немесе алдыңғы 4-6 апта ішінде операция;
 - · Терең веналар бойымен пальпациялағанда жергілікті ауыру сезімі;
 - · Балтырдың біржақты 3 см-ге артық ісінуі;
 - · Біржақты шектелген ісінулер;
 - · Беткей веналардың кеңеюі.

ӨАТЭ электрокардиографиялық диагностикасы:

- · P-pulmonale (оң жақ жүрекшенің жүктемесі);
- · Жүрекшенің электрлік осінің оңға айналымы (Мак-Джина-Уайт синдромы- I стандартты әкетудегі терең S тісшесі, III әкетудегі Q тісшесі мен T тісшесінің болмауы);
- · Өтпелі аймақтың солға ығысуы;
- · Оң жақ жүрекшенің жүктемесі; · Гис шоғырының оң тармағының жедел дамыған толық блокадасы;
- · Инфаркт тәрізді өзгерістер – II III aVF әкетулерінде ST тісшесінің элевациясы немесе V1-4 әкетуде ST тісшелерінің жоғары тұруы (миокард инфарктынан айырмашылығы ӨАТЭ реципрокты өзгерістер тән емес);
- · Оң жақ (V1-3) кеуде әкетуіндегі T тісшесінің инверсиясы; · 20% жағдайда ӨАТЭ ЭКГ-да өзгерістер тудырмайды;



ӨАТЭ, жүректік және бронхиальды демікпенің дифференциальды диагностикасы


Белгісі	ӨАТЭ	Жүрек демікпесі	Бронхиальды демікпе
Анамнез	Тромбофлебит, ұзақ имобилизация, хирургиялық араласулар	Жүрек ауруы, артериальды гипертензия, созылмалы жүрек жетіспеушілігі	өкпе ауру, демікпелік бронхит
Сыртқы бет-әлпеті	Денесінің терісінің жоғарғы жартысының күрт цианозы	Акроцианоз, тіндердің гипергидратациясы	Жайылған цианоз, тіндердің гипогидратациясы
Саусақтар мен табаны	суық	жиі суық	жылы
Төсектегі қалпы	Отырған немесе жатқан	Тек отырған	Отырған немесе қолмен тіреп тұру
Еңтігу түрі	Инспираторлы, «тыныс алып үлгермеуі»	Инспираторлы, «тыныс алып үлгермеуі»	Экспираторлы, «тыныс шығара алмау»
Аускультативті көрінісі	өкпе артериясының үстінен II тонның акценті мен бөлінуі	Ылғалды сырылдар	Құрғақ ысқырықты сырылдар, дем шығару ұзарған
Қақырық	Кеш кезеңде, сирегірек қанмен	Көп мөлшерде, көпіршікті. Жағдайы нашарлағанда шығады	Онімсіз, шыны тәрізді. Жағдайы жақсарғанда шығады.
Артериальды қысымы	Шокқа дейін әкелетін ерте төмендеуі	Жоғары болуы мүмкін	Жни жоғары
Нитроглицеринді қолдану	Қарсы көрсетілген	Анық жағдайын жақсартады	Жағдайын өзгертпейді

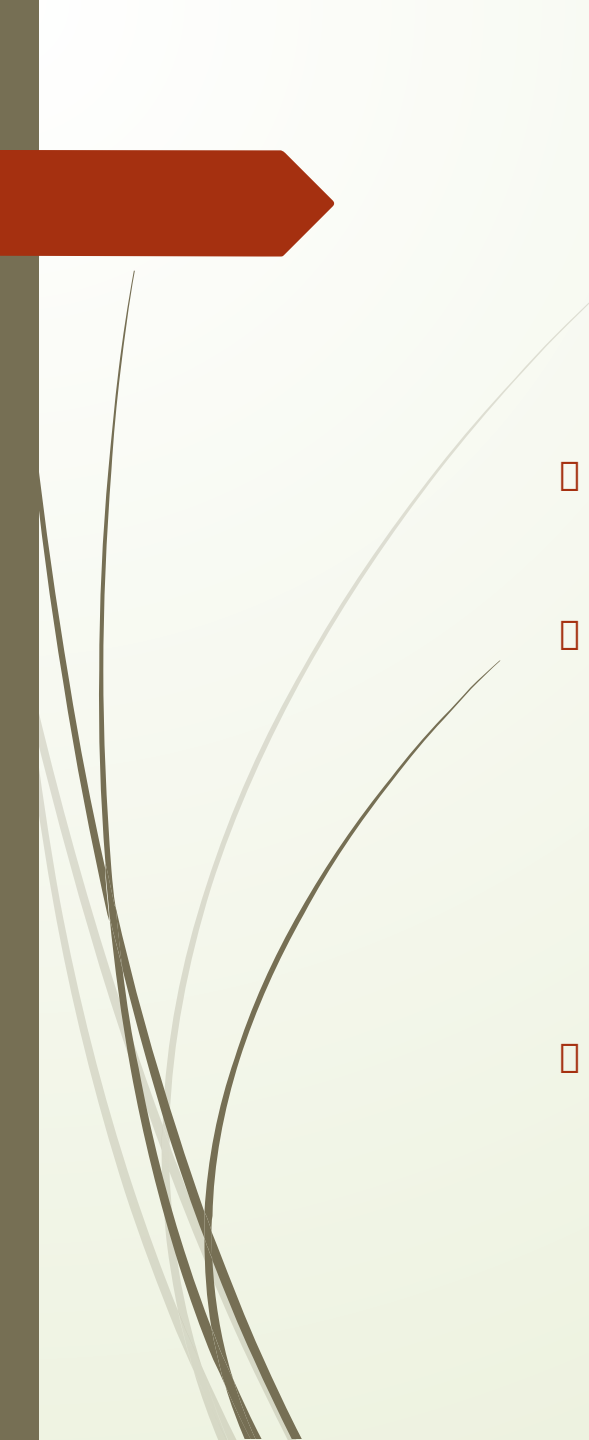



Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі:


- 1. Өмірге маңызды ағзалар қызметін және жалпы жағдайын бағалау: есі, тынысы (минутына 20 артық тахипноэ) және қан айналымы
- 2. Науқас қалпы: отыруға немесе жоғарылап отырғанда ұмтылдырмай, жиі көлденең орналастыру.
- 3. жедел өкпе-жүрек және өкпелік гипертензия белгілерінің анықтамасы: мойын веналарының ісінуі мен пульсациясы; жүрек шекарасының оңға кеңеюі; тыныс алғанда күшейетін эпигастральды пульсация; өкпе артериясында II тонның акценті мен екі еселенуі; бауырдың ұлғаюы.

- 
- 
- 4. Пульсті зерттеу, жүректің жиырылу жиілігін және артериялды қан қысымды өлшеу: тахикардия, аритмия, гипотония болуы мүмкін.
 - 5. Өкпе аускультациясы: әлсіреген тыныс немесе оқшауланған аймақтарда ұсақ көпіршікті сырылдар, кейде құрғақ сырылдар болуы мүмкін.
 - 6. Біріккен симптомдардың болуын анықтау: кеудеде ауыру сезімі, жөтел және қан түкіру, гипертермия.
 - 7. Флеботромбоз және тромбофлебит белгілерін анықтау үшін аяқты қарау: аяқтардағы асимметриялы ісіну; балтыр аймағында және санның тізе үстінен 15 см деңгейінде асимметриясы; тері жабындылары түсінің өзгеруі (қызару, тері асты веналарының суретінің күшеюі) вена бойымен пальпациялағанда ауыру сезім, балтыр бұлшықетінің қатаюы және ауырғыштығы.
 - 8. ЭКГ тіркеуі – ӨАТЭ кезінде ЭКГ-дағы жедел типті белгілердің пайда болуы.

- 
- Медициналық көмек көрсету тактикасы Шұғыл көмек: 1.ӨАТЭ күдік туғанда барлық жағдайда антикоагулянтты терапияны жүргізеді: - гепарин 5 000 ХБ көк тамырға, құю - варфарин 2,5 мг, немесе ацетилсалицил қышқылы 160-325 мг ішке, шайнау. 2. Тромболитикалық терапияны міндетті түрде жүргізу: - Преднизолонды 60-90 мг көк тамырға струйно енгізгеннен кейін, 30мин ішінде, стрептокиназа 250 000 ХБ көк тамырға тамшылатып, сонан соң 1 250 000 ХБ тамшы түрінде 100 000 ХБ/сағ жылдамдығында енгізу. - алтеплаза (актилизе) 15 мг вк/т болюсті, сонан соң 0,75 мг/кг 30 мин ішінде, сосын 0,5 мг/кг 60 мин ішінде енгізу. 3. Қан айналымы тоқтаған кезде жүрек - өкпелік реанимацияны жүргізу: 4. Гипоксия коррекциясы– ұзақ оксигенотерапия. 5. Ауыру синдромын жою: - айқын ауыру синдромында – наркотикалық анальгетиктер (кіші қан айналымда қысымды төмендетеді және ендікпені азайтады) - морфин 1 мл 1% ерітіндіні (10 мг) 20 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен к/т бөліп 4-10 мл 5-10 мин сайын, ендікпені мен ауыру сезімін басу немесе фентанил 1-2 мл 0,005% ерітіндісін (0,05-0,1 мг) 1-2 мл 0,25% дроперидол ерітіндісімен (систолалық артериалды қысым 90 мм сн.б. төмен болған жағдайда дроперидол енгізілмейді!);

- 
- Инфаркты пневмония кезінде (дене қалпымен, жөтелмен, тыныс алумен байланысты кеуде қуысында ауыру сезімі) – наркотикалық емес анальгетиктер – кеторолак к/т 30 мг (1,0 мл), осы мөлшерді 15 секунд ішінде енгізу қажет.
 - 6. Жедел оң қарыншалық жетіспеушілік, артериалды гипотензия және шок кезінде: - тек к/т допаминді тамшылатып, 100-250 мкг/мин (1,5 – 3,5 мкг/кг/мин) (400 мг допаминді, 250 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен) к/т енгізгеннен кейін емдік әсері 5 мин ішінде басталады, ұзақтығы – 10 минут. - пентакрахмал 400 мл к/т тамшылатып, 1 мл/мин жылдамдықпен. 7. Бронхоспазм дамығанда: - β 2-адреномиметиктерді ингаляция арқылы енгізу – сальбутамол 2,5 мг небулайзер арқылы 5-10 минут ішінде, әсері қанағатсыз болған кезде ингаляцияны 20 мин кейін қайталау; немесе -к/т 2,4% 1,0 мл аминофиллинді баяу (10,0 мл көп емес) 20 мл натрий хлоридін изотоникалық ерітіндісімен енгізу.
 - Пароксизмальды тахикардия және ауыр артериальды гипертензия, эпилепсияның болмауы, миокард инфаркті анықталмағанда, тұрақты систолалық артерияльды қысым > 100 мм.сн. б . төмен болмағанда аминофиллинді енгізуге болады.

- 
- 8. Сатурация мен гемодинамиканың көрсеткіштерінің міндетті тұрақты бақылау! Шұғыл госпитализацияға көрсеткіш: ӨАТЭ күдіктенгенде барлық науқастарды реанимация бөлімшесіне немесе мүмкіндігінше қан тамыр хирургия бөлімшесі бар стационарға жатқызады. Науқасты зембілге жатқызып, басын жоғары көтерген күйде қажетінше реанимобильде тасымалдайды.

- 
- Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:
 - 1. *Гепарин 5000 Б, амп
 - 2. *Стрептокиназа 1500000 ХБ, фл
 - 3. *Варфарин 2,5 мг, табл
 - 4. *Преднизолон 30 мг, амп
 - 5. *Натрий хлориді 0,9% - 400,0 мл, фл
 - 6. *Допамин 0,5% - 5,0 мл, амп
 - 7. *Оттегі, м 3
 - 8. *Пентакрахмал 500,0 мл, фл
 - 9. *Кеторолак 30 мг – 1,0 мл, амп
 - 10.*Морфин 1% - 1,0 мл, амп
 - 11.*Сальбутамол 0,1 мг дозада, ингалятор 200 доз, неб
 - 12.*Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп
 - Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:
 - 1. *Ацетилсалицил қышқылы 500 мг, табл
 - 2. *Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл, амп
 - 3. *Фентанил 0,005% - 2,0 мл, амп
 - 4. *Дроперидол 25 мг – 10,0 мл, фл

пайдаланылған әдебиеттер:

1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 1248 с.: ил.
2. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с.
3. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».
4. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2005 года №542 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 7 декабря 2004 года № 854 «Об утверждении Инструкции по формированию Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».
5. Stang A., Hense H-W, Jцckel K-H et al. Is It Always Unethical to Use a Placebo in a Clinical Trial? PLoS Med. 2005 March; 2(3): e72.
6. Donald A. Evidence-Based Medicine: Key Concepts. Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal 7(2), 2002. <http://www.medscape.com/viewarticle/430709>
7. Горюшкин И.И. Так ли доказательна "доказательная медицина" или почему статистическая обработка результатов не может заменить необходимости изучения патогене- неза? Актуальные проблемы современной науки. 2003; 3:236-237.